

KUISIONER FISIOTERAPI

(DATA ANAK)

Nama Anak :

Tempat/Tgl Lahir :

Usia Saat Ini : tahun bulan hari

Jenis Kelamin :

Berat Badan Saat Lahir : Kg

Berat Badan Saat Ini : Kg

Tinggi Badan Saat Lahir : Cm

Tinggi Badan Saat Ini : Cm

Lingkar Kepala Saat Lahir : Cm

Lingkar Kepala Saat Ini : Cm

Anak Ke- :

Jumlah Saudara Kandung :

Hubungan Dengan Anak :

Nama Ayah :

Usia :

Pekerjaan :

Agama :

Pendidikan Terakhir :

Nama Ibu :

Usia :

Pekerjaan :

Agama :

Pendidikan Terakhir :

Alamat :

No. Telp Ayah / Ibu :

RIWAYAT PERKEMBANGAN ANAK

1. Pada Kesehariannya Sebagian Besar Waktu Anak Di Asuh Oleh?

Ayah, Ibu, Kakek/Nenek, Pengasuh, Dll...

2. Bila Orangtua Tidak Ingat Secara Pasti Usia Perkembangan Setiap Fasenya. Boleh Diisi Oleh Dengan Perkiraan Usianya Saja, Atau Bila Tidak Ingat Sama Sekali Boleh Diisi Dengan "Tidak Tahu". Bila Anak Tidak Melewati Salah Satu Diantara Fase Perkembangan Tersebut, Harap Diisi Dengan "Tidak Ada/Tidak Melewati"

- | | | |
|-------------------|---|-------|
| • Angkat Kepala | : | Bulan |
| • Tengkurap | : | Bulan |
| • Berguling | : | Bulan |
| • Duduk | : | Bulan |
| • Keduduk Sendiri | : | Bulan |
| • Merangkak | : | Bulan |
| • Berjalan | : | Bulan |

3. Apakah Anak Pernah Mengalami Sakit Serius?

Tidak / Tidak Tahu / Ya, Jelaskan Secara Singkat

4. Apakah Anak Mempunyai Riwayat Alergi?

Tidak / Tidak Tahu / Ya, Jelaskan Secara Singkat

5. Apakah Riwayat Vaksin Anak Lengkap?

Ya / Tidak, Jelaskan Yang Belum

6. Apakah Anak Pernah Melakukan Tes?

A. Mata : Hasil: Tgl Tes:

B. Pendengaran : Hasil: Tgl Tes:

7. Apakah Anak Pernah Terjatuh?

Tidak Pernah / Jarang / Kadang-Kadang / Sering, Jelaskan

8. Bagaimana Dengan Riwayat Natal (Kelahiran) / Post Natal (Setelah Lahir)

Biru / Kuning / Kejang, Jelaskan

9. Usia Ibu Saat Hamil ? Tahun

10. Usia Ibu Saat Melahirkan ? Tahun

11. Apakah Ada Masalah Saat Ibu Hamil / Melahirkan?

Tidak / Ya, Jelaskan

12. Bagaimana Proses Kelahiran?
Normal / Caesar, Jelaskan Atas Indikasi Apa
13. Apakah Anak Lahir Dengan Cukup Bulan
Ya / Tidak, Minggu Ke- , Jelaskan
14. Apakah Sebelumnya Anak Pernah Dilakukan Tindakan Bedah / Operasi?
Tidak / Ya, Bagian Tubuh Mana? Dengan Indikasi Apa?
15. Keluhan / Kekhawatiran Utama Orangtua?

(DATA / INFORMASI YANG DI DAPAT MENGENAI TERAPI)

1. Apakah Sebelumnya Pernah Melakukan Terapi?
Tidak . Ya, Sejak Kapan Dan Dimana
2. Apakah Pernah Tahu Tentang Fisioterapi Sebelumnya?
Ya / Tidak
3. Bagaimana Tahu Tentang Klinik Liliput?
Internet / Keluarga / Rujukan Dokter / Kerabat / Dll, Sebutkan

Jakarta,

(_____ / _____)

Pengisi kuisioner/ hubungan dg Anak