

# 相談者記入用紙

初診予約日時	20 年 月 日 :00
記入者	母・父・その他( )

ID(予約票に記載):

## 1. 本人・家族について

### ① 本人

ふりがな 名前	男・女	生年 月日	西暦 ( 年 歳 )	年 月 日 ケ月 )
所属	保育所・認定こども園・幼稚園( 年少・年中・年長 ) 学校( 年組 / 特別支援学級 ) 担任:			

### ② 住所・連絡先

住所	〒
連絡先	自宅電話: /携帯電話: ( 続柄: )

### ③ 家族構成

※ご本人以外を  
記入してください

名 前	続柄	年齢	職業、在校・在園名等

## 2. 相談のきっかけ

### ④ きっかけ

当センターのことは どのようにして 知りましたか?	紹介されて 〔 誰に? 〕	自分で調べて 〔 <ul style="list-style-type: none">• インターネット • パンフレット • その他</ul> 〕
お子様について 困っていること ・ 気になること	例: かんしゃくがある、言葉が出ない、かかわり方がわからない (学校園所等への)行き渋りがある	

### 3.これまでの医療・相談等について

#### ⑤ 医療・相談等

※医療機関や相談機関(保健福祉センター・こども家庭センター・スクールカウンセラー等)などの受診歴、相談歴について記入してください。

年　月(　歳　　ヶ月時)	医療・相談機関等	診療・相談内容等

他の機関で検査を受けておられる場合、検査名にチェックを入れてください。その他の検査を受けられた場合は、検査名を記入してください。  
□ Wisc-III □ Wisc-IV □ 新版K式発達検査 その他検査( )

### 4.生育歴について

#### ⑥ 妊娠中～出産

妊娠	これまでの妊娠回数：　　回		胎児の様子	発育：普通・不良
	流産： 無・有 (　回)			胎動：普通・不良
母体の状態	つわり：弱・普通・強	貧血：無・有		
	切迫流産：無・安静・入院	妊娠高血圧症候群：無・有		その他：
	切迫早産：無・安静・入院	妊娠中の病気：無・有		

妊娠期間	妊娠　週　　日	出産予定日	西暦　年　月　日
分別所要時間	時間　分	出血量	少・中・多
分娩の様子	□ 自然　　□ 吸引分娩　　□ 鉗子分娩　　□ 帝王切開　　□ 多胎　　□ 骨盤位 その他( )		

#### ⑦ 新生児期～乳幼児期

入院期間	生後　　日	出生した病院名( )病院	
出生時体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
新生児の様子	□ 仮死　□ 脇帯(へその緒)巻絡　□ 発熱　□ けいれん　□ 呼吸困難 □ 黄疸(無・弱・強／→光線療法　日) □ アプガースコア(1分後)／(5分後)		
保育器	無・有(　日間)	先天性代謝異常検査	異常なし・あり
酸素吸入	無・有(　日間)	新生児聴覚 スクリーニング検査	異常なし・あり
呼吸器装置	無・有(　日間)		
その他			

栄養	種類	母乳・混合・人工	哺乳力	普通・弱
	鼻腔栄養	無・有(生後 日から 日まで)	体重	順調に増加・増えにくかった
	離乳食	開始(生後 ケ月)	順調	進みにくかった
赤ちゃんの頃の様子で気になること	※ミルクの飲み方、よく泣いた、おとなしい、病気など			

## ⑧ 発達の様子

首のすわり	歳 ケ月	追視	無・有	あやすと笑う	歳 ケ月		
寝返り	歳 ケ月	お座り	歳 ケ月	人見知り	強・弱・なし		
喃語	歳 ケ月	ずりばい	歳 ケ月	四つばい(ハイハイ)	歳 ケ月		
後追い	歳 ケ月	伝い歩き	歳 ケ月	動作模倣	※ハイハイ、けいけいアフ、拍手等		
ひとり歩き	歳 ケ月	指差し	歳 ケ月				
単語	※「ワンワン」「ブーブー」など意味のある言葉						
	歳 ケ月 話した言葉 ( )						
二語文	※「ワンワンいた」「ブーブーきた」など						
	歳 ケ月 話した言葉 ( )						
気になること							

## ⑨ 健診結果

4ヶ月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (場所: )	
	結果	指摘あり ( 運動・体重・言葉・行動・その他 ) 指摘なし
	紹介:	無・有 紹介先:
10ヶ月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (場所: )	
	結果	指摘あり ( 運動・体重・言葉・行動・その他 ) 指摘なし
	紹介:	無・有 紹介先:
1歳6ヶ月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (場所: )	
	結果	指摘あり ( 運動・体重・言葉・行動・その他 ) 指摘なし
	紹介:	無・有 紹介先:
3歳児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (場所: )	
	結果	指摘あり ( 運動・体重・言葉・行動・その他 ) 指摘なし
	紹介:	無・有 紹介先:

※健診で保健師や心理士などから指摘があった場合は、当てはまるものに○をつけてください

※相談機関・医療機関など紹介があった場合は、紹介先を記入してください

紹介先例:親子教室(〇〇〇相談会・〇〇〇広場)、〇〇病院(〇〇クリニック)、など

⑩ 集団への参加

西暦 ○○年 △月(　歳　ヶ月時)	保育所・認定こども園・幼稚園・学校等の名称
年　月(　歳　ヶ月時)～	
年　月(　歳　ヶ月時)～	
年　月(　歳　ヶ月時)～	

## 5. 医療と福祉サービスについて

⑪ 通院中の医療機関

医療機関名	診療科	主治医	頻度 (月1回等)	病名・治療・薬など

⑫ 児童発達支援・放課後等デイサービスの利用

種別	利用期間(西暦○○年△月)	事業所名
□児童発達支援 □放課後等デイ	年　月～年　月	
□児童発達支援 □放課後等デイ	年　月～年　月	

⑬ 利用しているサービス等(短期入所・日中一時支援・移動支援・訪問看護等)

サービス種別	事業所名	利用頻度

⑭ 手帳

身体障害者手帳	種　　級 ／ 種別: 肢体・視覚・聴覚・内部( )
療育手帳	A・B1・B2 ／ 判定:西暦年月日(次回判定年月日)

◆お子様の診察に必要な項目になりますので、ご記入に協力くださいますようお願い致します。