

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

予約Dr.名:

Dr.

① 本人

ふりがな 名前		男・女	生年 月日	西暦 (年 月 日)
所属	保育所・認定こども園・幼稚園(歳児クラス・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 ・インターネット ・パンフレット ・その他
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。 <input type="checkbox"/> Wisc-Ⅲ <input type="checkbox"/> Wisc-Ⅳ <input type="checkbox"/> 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
分娩所要時間	時 間 分	出血量	少 ・ 中 ・ 多
分娩の様子	<input type="checkbox"/> 自然 その他(<input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 骨盤位)		

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	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 臍帯(へその緒)巻絡 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 黄疸(無 ・ 弱 ・ 強 / → 光線療法 日) <input type="checkbox"/> 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 ヶ月) 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 ヶ月	追視	無 ・ 有	あやすと笑う	歳 ヶ月
寝返り	歳 ヶ月	お座り	歳 ヶ月	人見知り	強 ・ 弱 ・ なし
喃語	歳 ヶ月	ずりばい	歳 ヶ月	四つばい(ハイハイ)	歳 ヶ月
後追い	歳 ヶ月	伝い歩き	歳 ヶ月	動作模倣	※ハ イ、イヤ、ア、拍手等
ひとり歩き	歳 ヶ月	指差し	歳 ヶ月		歳 ヶ月
単語	※「ワンワン」「ブーブー」など意味のある言葉				
	歳 ヶ月	話した言葉（			

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(○○○相談会・○○○広場)、○○病院(○○クリニック)、など

⑩ 集団への参加

西暦	〇〇年	△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(西暦〇〇年△月)	事業所名
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイ	年 月 ～ 年 月	
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 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。

奈良県総合リハビリテーションセンター 小児科

2022. 7. 1作成