

# 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 〔 <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 ケ月時)	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		
	切迫早産：無・安静・入院	妊娠中の病気：無・有		その他：

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 <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 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	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 臍帶(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 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(○○○相談会・○○○広場)、○○病院(○○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。