

記入日： 年 月 日  
 記入者氏名： (続柄 )

1. 基本情報

*お子さんのお名前をお書きください。 ふりがな 名前		男・女	住所	〒 ー	
生年月日	H・R 年 月 日生 ( 歳 ヲ月)		電話	固定:	
				携帯:	(続柄 )
所属	有・無	幼稚園 保育所 保育園	相談支援事業所名	児童発達支援事業所名	
			既に利用されている方はお書きください		既に利用されている方はお書きください
<p>○ 紹介を受けたところ(該当するところに☑チェックをし、お書きください。)</p> <p><input type="checkbox"/>区役所            <input type="checkbox"/>区保健福祉センター(健診[4ヶ月児健診・1歳6ヶ月児健診・3歳児健診]、精密検査票、心理相談、他)</p> <p><input type="checkbox"/>病院やクリニック (具体名 )</p> <p><input type="checkbox"/>幼稚園や保育所(園)            <input type="checkbox"/>児童相談所            <input type="checkbox"/>養護教育センター            <input type="checkbox"/>発達障害者支援センター</p> <p><input type="checkbox"/>インターネットで調べた            <input type="checkbox"/>兄弟姉妹が利用していた(名前 )</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p>					
<p>○ ご心配なこと・相談したいこと(該当するところに☑チェックをつけてください。複数回答可。)</p> <p><input type="checkbox"/>言葉の遅れ            <input type="checkbox"/>発音がはっきりしない            <input type="checkbox"/>吃音 / どもることがある</p> <p><input type="checkbox"/>運動発達が遅い            <input type="checkbox"/>手先が不器用            <input type="checkbox"/>友達と遊べない            <input type="checkbox"/>集団行動が苦手</p> <p><input type="checkbox"/>落ち着きがない            <input type="checkbox"/>こだわりが強い</p> <p><input type="checkbox"/>その他(以下へご心配なこと、相談したいこと、知りたい情報などありましたら、ご自由にお書きください。)</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 100px; width: 100%;"></div>					
<p>○ 「耳の聞こえ」を心配されていますか?            なし            ・            心配あり            ・            どちらともいえない</p>					
<p>○ 当センターに期待すること(該当するところに☑チェックをつけてください。複数回答可。)</p> <p><input type="checkbox"/>医学的な判断(診断)が知りたい            <input type="checkbox"/>対応のアドバイスがほしい            <input type="checkbox"/>発達、知能検査を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/>訓練や指導を受けて心配なことを解消したい            <input type="checkbox"/>児童発達支援センター・児童発達支援事業所を利用したい</p> <p><input type="checkbox"/>幼稚園、保育所(園)、学校など進路の相談に乗ってほしい</p> <p><input type="checkbox"/>その他(以下へ、ご自由にお書きください。)</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 100px; width: 100%;"></div>					

2. ご家族について

続柄	氏名(ふりがな) 同姓の場合、苗字不要	生年月日	職業、所属(幼稚園・保育所(園)・ 小学校など)、学年	同居・別居
				同居・別居

3. お子さんについて

<p><input type="radio"/> 現在、治療されている病気はありますか？ なし ・ あり ↓</p> <p>病名( ) 通院している病院名( )</p> <p>備考</p>	
<p><input type="radio"/> 現在、飲んでいる薬はありますか？ なし ・ あり ⇒ 薬の名前( )</p>	
<p><input type="radio"/> アレルギー疾患はありますか？なし ・ あり ⇒ 当てはまるところに☑チェックをし、お書きください。</p> <p><input type="checkbox"/> 気管支喘息( 歳 ヶ月から)      <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎( 歳 ヶ月から)</p> <p><input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎( 歳 ヶ月から)      <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食品名: )</p> <p><input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬名: )      <input type="checkbox"/> その他( )</p>	
<p><input type="radio"/> 過去に以下のような病気にかかったり、入院や手術をしたことはありますか？</p> <p>なし ・ あり ⇒ けいれん・てんかん( 歳、起きた回数 回、熱あり / 熱なし )</p> <p>その他/病気やケガ</p>	
妊娠中/出産について	<p><input type="radio"/> 妊娠中のことで、当てはまるものに☑チェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題なし      <input type="checkbox"/> 入院したことがある      <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症      <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産</p> <p><input type="checkbox"/> レントゲン検査      <input type="checkbox"/> 薬の服用      <input type="checkbox"/> 飲酒の常用・喫煙</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症( )      <input type="checkbox"/> その他の病気( )</p>
	<p><input type="radio"/> 出生時のことについて教えてください。</p> <p style="text-align: right;">お子さんが生まれた時</p> <p style="text-align: center;">父 歳 / 母 歳</p> <p>医療機関名: _____ (里帰り出産 あり / なし)</p> <p>在胎期間: _____ 週 _____ 日 身長: _____ cm 体重: _____ g 頭囲: _____ cm 胸囲: _____ cm</p> <p>先天性代謝スクリーニング検査: 実施 (異常 あり なし ) ・ 未実施</p> <p>新生児聴覚スクリーニング検査: 実施 (異常 あり なし ) ・ 未実施</p>

