

療育相談所『予約のご案内』



【申し込み方法】

① **電話受付** お子さまの名前、生年月日、電話番号、紹介経路、相談内容をお聞きします。

*当ページ下部の問診票を印刷し、記入をお願いします。ご自宅での印刷が難しい場合は、療育相談所・各区保健福祉センター高齢障害支援課・健康課の窓口に配架しています。

② **予約日時のご案内**

*初回相談の予約ができる時期になりましたら、職員よりお電話をします。

【初回相談当日の流れ】

- 受付 予約時間までに、1階療育相談所の受付へお越し下さい。
*完全予約制です。遅れた場合は別日へ変更になることがあります。
- 初回相談 相談員よりお子様の気になる点や生活状況などをお聞きし、今後の流れを説明します。

【当日の持ち物】

- 問診票 健康保険証 こども医療費助成受給券 母子手帳
- *必要に応じて、医療機関や保健福祉センターなどから渡された書類（検査結果を含む）

【来所に際してのお願い】

- ・来所日当日、受付において、来所された方全員の検温と体調確認をしています。風邪症状（咳や鼻水など）がある時は、対面相談・対面診療のため、別日へ変更になることがありますので、お心当たりがある時は事前にご連絡ください。
- ・新型コロナウイルス感染症の対応策について、最新情報をホームページでご確認ください。

【その他】

- ・時間に遅れる場合や予約をキャンセルする場合は、お早目にご連絡をください。直前の変更になりますと、再度お待たせしてしまう可能性がありますので、ご了承ください。
- ・ご不明な点は、お気軽にご連絡ください。



【お問い合わせ】 〒261-0003 千葉市美浜区高浜4-8-3
千葉市療育センター 療育相談所
電話 043-216-2401
月～金（平日）9：00～17：15

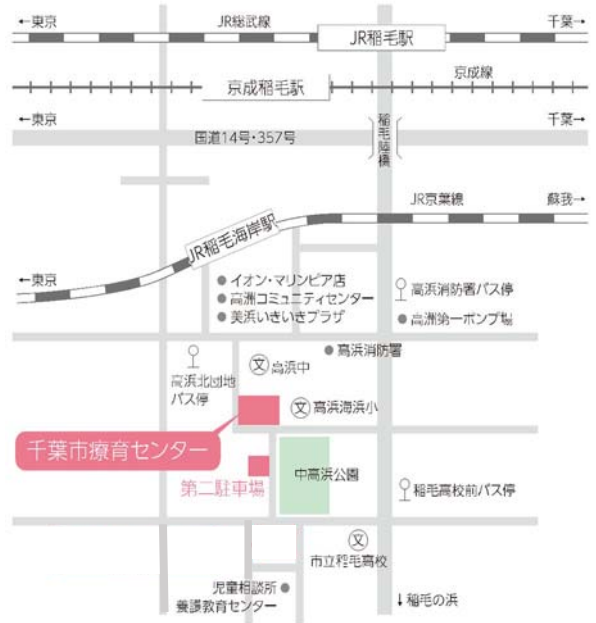
【療育センターへの行き方】

- (1) JR 稲毛海岸駅（京葉線）から徒歩 10 分
- (2) JR 稲毛駅（総武線）西口 2 番乗り場から
千葉海浜交通バス
「高浜車庫」行・「稲毛海浜公園プール」行
「稲毛高校」下車徒歩 10 分

※千葉市療育センター内に駐車場はございますが、満車の場合は「第二駐車場」をご利用ください。



『千葉市療育センター』療育相談所



【療育相談所 受付の場所】 1 階左側

1. 駐車場から、建物に向かって左側の自動ドアをお入りください。
2. 左側に進んで、療育相談所の自動ドアをお入りください。
3. 左手に、療育相談所の受付があります。受付が済みましたら、お近くのソファに座ってお待ちください。



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><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 「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><input type="radio"/> 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
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				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>

