

すくすくサポート希望保護者様
個別相談 受付票

ご利用回数（〇をお願いします）：初めて ・ 2回目 ・ 3回目以上

相談されたい内容・情報について、所属施設と共有させて頂くことに同意されますか

☐はい

☐いいえ

記入日：令和 年 月 日 記入者氏名 続柄

フリガナ			生年月日	施設名	
氏 名	男 ・ 女		H・R 年 月 日 (歳 カ月)	組	
住 所			TEL		
家族構成	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 () 兄 (人) ・ 姉 (人) ・ 弟 (人) ・ 妹 (人)				
妊娠・分娩	在胎 週 (予定日より 日 早い ・ 遅い) 出生体重 g 妊娠・分娩時に変わったこと 無 ・ 有 (具体的に)				
過去の病気	無 ・ 有 (具体的に)				
発達歴	歩き始め： 歳 カ月 初めて単語を話す： 歳 カ月				
3歳児健診	受けた ・ 受けない 助言あり (内容：)				
生活や家での様子をお聞きます					
1	気になる行動や困っていること、相談したいことはどのようなことですか				
2	おもにどんな遊びをしますか (例：ごっこ遊び、ぶらんこや滑り台、砂遊び、絵本を読む、お絵かき、テレビゲーム、ミニカーを走らせる、など)			具体的に	
3	友だちや兄弟と遊んだり、遊びをまねしたりしますか			はい・時々・いいえ・不明	
4	友だちや兄弟と遊んでいるとき、トラブルになることはありますか			はい・時々・いいえ・不明	
5	大人から注意されると、危ないこと、してはいけないことなど止めますか			はい・時々・いいえ・不明	
6	かんしゃくやパニックを起こすことがありますか ※はい、時々の場合、具体的にはどのようなことですか			はい・時々・いいえ・不明	
7	外出先で迷子になったり、急に道路に飛び出したりすることがありますか			はい・時々・いいえ・不明	
8	同じ順序や方法で物事を行わないと気が済まないことがありますか			はい・時々・いいえ・不明	
9	慣れない場所に行くと、不安を示したり中に入れないことがありますか			はい・時々・いいえ・不明	
10	睡眠時間が極端に短かったり、睡眠リズムが不規則なことはありますか			はい・時々・いいえ・不明	
11	食べ物でひどい好き嫌いがありますか			はい・時々・いいえ・不明	

※提出された受付票は千葉県発達障害者支援センターで厳重に保管し、事業目的以外では使用致しません