

# 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、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。

## 【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】〒260-0843 千葉市中央区末広3-22-21  
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

【移転先案内】

◇ 仮設建物（中央区末広 3-22-21） ※駐車場39台



<アクセス>

【電車を利用の場合】

京成千葉寺駅より、徒歩5分

【バスを利用の場合】

JR千葉駅東口(3)番乗り場より、末広町中央下車徒歩2分

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	〒 —	
生年月日	H R 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)	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
				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

<input type="radio"/> 現在、治療されている病気はありますか？ なし ・ あり ↓ 病名( ) 通院している病院名( ) 備考	
<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( )	
<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。 <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 月から) <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: ) <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬名: ) <input type="checkbox"/> その他( )	
<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？ 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 ) その他/病気やケガ	
妊娠中・出産について	<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。 <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 <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 <input type="checkbox"/> 感染症( ) <input type="checkbox"/> その他の病気( )
	<input type="radio"/> 出生時のことについて教えてください。 お子さんが生まれた時 父 歳 / 母 歳 医療機関名: (里帰り出産 あり / なし) 在胎期間: 週 日 身長: cm 体重: g 頭囲: cm 胸囲: cm 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 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

乳 児 期 ～ 幼 児 期	<input type="checkbox"/> 当てはまるものに☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引・鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 分娩誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> 逆子(骨盤位分娩) <input type="checkbox"/> 多胎(双子など) <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> NICUに入った <input type="checkbox"/> 保育器使用( )日間 <input type="checkbox"/> 新生児黄疸が強かった <input type="checkbox"/> 他の異常( )	
	<input type="checkbox"/> 予防接種について、受けたものに☑チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)ワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> ロタリックス・ロタテック <input type="checkbox"/> 四種混合(ポリオ・ジフテリア・破傷風・百日咳) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 二種混合(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
	<input type="checkbox"/> 乳幼児期の発達の様子を教えてください。 首のすわり( )ヶ月) 寝返り( )ヶ月) おすわり( )ヶ月) はいはい( )歳 )ヶ月) 歩き始め( )歳 )ヶ月) 初めての言葉( )歳 )ヶ月) →→ どんな単語でしたか? 2語文/ふたつの単語がつながった言葉( )歳 )ヶ月)	
	<input type="checkbox"/> 0歳～1歳6ヶ月過ぎの様子で、当てはまるものがあれば、☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 当てはまるものがない <input type="checkbox"/> 頭の大きさが(大きい / 小さい)と言われた <input type="checkbox"/> 体重がなかなか増えなかった <input type="checkbox"/> 人見知りがなかった <input type="checkbox"/> 人見知りが激しかった <input type="checkbox"/> 視線が合いにくかった <input type="checkbox"/> おとなしくて手がかからなかった <input type="checkbox"/> よく迷子になった <input type="checkbox"/> 落ち着きなく目が離せない <input type="checkbox"/> 大きな声や音に反応しなかった <input type="checkbox"/> 夜泣きがはげしかった <input type="checkbox"/> その他 心配だったこと( )	
	<input type="checkbox"/> 区保健福祉センターでの健診で指摘されたことは なし ・ あり ↓ (4ヶ月児健診・1歳6ヶ月児健診・3歳児健診/心理相談) どのように言われましたか	<input type="checkbox"/> 左記以外で相談したことはありますか? 機関名( ) 相談内容など
生 活 の 様 子	<input type="checkbox"/> 現在の生活の様子で、当てはまるものがあれば☑チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 当てはまるものがない <input type="checkbox"/> お座りができない <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 興味があるものに指さしをしない <input type="checkbox"/> 言葉を喋っていたが、喋らなくなった <input type="checkbox"/> 家族や特定の人とは話すが、それ以外の人とは話さない <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/> 食に興味がない <input type="checkbox"/> 食具(スプーン・フォーク・はし)が使えない <input type="checkbox"/> オムツが取れない <input type="checkbox"/> トイレに行きたがらない <input type="checkbox"/> 洗面・洗髪・歯磨きを嫌がる <input type="checkbox"/> 衣類の着脱が上手くできない <input type="checkbox"/> かんしゃくがつよい <input type="checkbox"/> 特定の音を聞くのを嫌がる <input type="checkbox"/> 集団行動が苦手 <input type="checkbox"/> 危ないことがわからない <input type="checkbox"/> その他( ) *現在の使用手(右・左・決まっていない)	
	<input type="checkbox"/> 睡眠時間を教えてください。 就寝( : ) ~ 起床( : ) <input type="checkbox"/> 睡眠の状態をお書きください。 ( )	