

相談申込書

予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ 時 _____ 分

ふりがな
お子さまの名前

男
女 (愛称 _____)

生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

〒

住 所

電 話 (_____) 携帯電話 (_____)

所属 _____ 幼稚園・保育園

1 家族構成

お子さまから 見た続柄	氏 名	生年月日	年齢	職業・学校名
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		

2 現在悩んでいること、相談したいことを具体的にお書き下さい。

.....

.....

.....

.....

.....

3 今までに行った教育相談・医療機関名

機関名	期 間	回 数	診断名・指導内容
(例)			
〇〇病院	H17.10.1 (4歳2か月)	1回	難聴
〇〇相談センター	H17.11.1	週1回 1時間	個別訓練

4 現在の様子

お子さまの現在の様子について該当するものに をお付け下さい。

(1) 姿勢

*寝たきり *すわる (ひとりで・助けて・支えて)

*つかまり立ち *立つ (ひとりで・助けて)

(2) 移動の様子

*ねがえり *ずりばい *よつばい *いざる

*つたい歩き *両手支え歩き *片手支え歩き *歩く

(3) 言葉の様子

ア 話しことばの程度

*なし (声を出さない・特徴ある声を出す)

*音声で表現するが、単語になっていない

*表現は単語程度 (具体的に:)

現在言える単語数 : 10以下 100以下 何でも言える

*2語文が時々使える (具体的に:)

2語文を使い始めたのは (歳 ヶ月頃)

*会話・場面に結びついた2語文以上が使える

現在、一番長くお話ができる文章をそのまま書いてください。

(具体的に：)

*話し方が一方的で言葉でやりとりすることが苦手

*話し声が鼻にかかっている 抜けた感じがする

イ 要求の伝達方法

*欲しい物を指差す *言葉で言う *泣く

*自分でやってしまう *人を引っ張っていく

*その他 ()

ウ 言葉の理解

(ア) 簡単ないいつけがわかる (はい・ いいえ) (例えば「新聞を持ってきて」等)

(イ) 見慣れた物の名称はだいたいわかる (はい ・ いいえ)

(ウ) お子さまが、こちらの言うことをどれ位わかると思いますか

(年齢並みだと思う ・ 年齢よりゆっくりだと思う)

その他心配なことがありましたらお書き下さい

()

エ 聞こえについて

(ア) 呼びかけに (必ず反応する・気づかないこともある・反応することもある
・呼びかけられても反応がない)

(イ) よく聞こえていると思う (はい ・ いいえ)

(ウ) 聞こえが心配である (はい ・ いいえ)

その他心配なことがありましたらお書きください

()

(4) 食事

ア 好き嫌いが激しいですか

いいえ はい (具体的に：)

イ 使用している食具について

食べ物 *はし *スプーン・フォーク *手づかみになる *食べさせている
飲み物 *コップ *ストロー *スプーン *その他 ()

ウ 食べ方で気になることはありますか

*食べこぼしがある *咀嚼の力が弱い *硬いものが食べにくい
*鼻から食べ物がもれる

(5) 排泄

ア 排尿

*おむつ使用 (あり・なし) *時間をみて連れて行く *教える
*手伝ってやればできる *自分でできる

イ 排便

*おむつ使用 (あり・なし) *時間をみて連れて行く *教える
*手伝ってやればできるだけ行ける (教える) が、時々失敗する
*自分で行く (後始末: できる・できない)

(6) 着脱

*脱ぎ着は一人でできる
*脱ぎ着はできるが、ボタンやスナップはできない
*脱げる (上衣・下衣) が着られない (上衣・下衣)
*手伝うと脱げる (上衣・下衣) *全部、脱ぎ着を介助している

(7) 一日の生活リズムについてお書き下さい

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6時

9

12

15

18

21

24

(8)その他

ア 動き

- *行動がゆっくりすぎる *落ち着きがない
- *めまぐるしく動き回る *開放すると一目散にかけだす

イ 対人

- *人を避ける *人に対して警戒心がなさすぎる

ウ 睡眠

- *寝つきが悪い *睡眠中に突然泣き出す *目を覚ましやすい

エ 気になる様子や癖はありますか

- *何でもなめたりかじったりする *首振りをする *爪を噛む
- *奇声をあげる *異状にまばたきをする *指しゃぶり
- *自分の頭を物にぶつける *身体を噛む (自分・他人 (誰を:)
- *物の置き場所、生活の順序などに自分なりの決めがある
- *特定の物や事に執着する *かんしゃくがひどい *不安が強い
- *いつも手を目の前で動かしたり、かざしたりする *苦手な音がある
- *その他 (具体的に:)

5 生育歴

(1) 家族や親類の方で、お子さまと同じような心配を抱える人がいますか

いいえ ・ はい (続柄:)

(2) お産のこと

ア お子さまの妊娠以前に、流産・死産の経験がありますか

いいえ ・ はい (流産 回 ・ 死産 回)

イ お子さまを妊娠中のお母さまの健康状態はどうでしたか

健康だった 病気をした (病名: か月時)

流産しそうになった (か月時) 妊娠中毒症 (なし ・ あり)

服薬 なし ・ あり (か月ごろ)

(3) 出産について

ア 出産時のご両親の年齢

お母さま (才) お父さま (才)

イ 妊娠期間

妊娠 (週)

妊娠中にお母さまが病気にかかったことはありますか

(例 インフルエンザ 風疹 おたふくかぜ その他：病名)

ウ 出産時のお子さまの状態

身長 (cm) 体重 (g)

*正常 *未熟児 *過熟児 *仮死 *チアノーゼ

*黄疸 *その他 ()

エ 出産の状況

*自然分娩 *鉗子分娩 *吸引分娩 *帝王切開

*無痛分娩 *麻酔使用 *早期破水 *胎盤早期剥離

*臍帯の異常 *その他 ()

オ 分娩の病院名 ()

(4) 生まれてから1歳までの様子

ア 保育器の使用 なし ・ あり (日間)

イ 栄養は (母乳 ・ 混合栄養 ・ 人工栄養)

ウ 飲む量は (多かった ・ 普通 ・ 少なかった)

エ 飲む力は (強かった ・ 普通 ・ 弱かった)

オ この時期に心配なことがありましたか

なし ・ あり (黄疸 ひきつけ 嘔吐 発熱 下痢 その他)

カ 発達の様子

首のすわり (か月) 寝返り (か月) おすわり (か月)

はいはい (か月) つかまり立ち (か月) 一人歩き (か月)

意味のあることばの話しはじめ (か月) (例)

※おむつが濡れたり、空腹時に泣いて訴えた（ はい ・ いいえ ）

※お母さまをよく目で追った（ はい ・ いいえ ）

※お子さまを抱きにくいと感じましたか（ いいえ ・ はい ）

(5) ひきつけについて

ア ひきつけを起こしたことがありますか

ない ・ ある（満 歳 から 歳まで 年・月・日に 回位）

イ 今でもひきつけを起こすことがありますか

ない ・ ある（ 年・月・日に 回位）

ウ 投薬は

ない ・ ある（1日 回 薬名 ）

エ 脳波検査をしたことがありますか

ない ・ ある（結果 ）

(6) アレルギーがありますか

ない ・ ある（アレルゲン： ）

6 どちらで発達支援室のことをお聞きになりましたか。

（市）市民健康課・健診 保健福祉事務所（旧 保健所） 医師

子育て支援センター こどもと家庭の相談室 保育園 幼稚園

あおぞら園 学校 教育委員会 児童相談所

知人 市の広報・ホームページ その他（ ）