

# 相 談 申 込 書

記載日： 年 月 日

ふりがな

お子さまの名前 \_\_\_\_\_ 男・女 (愛称 \_\_\_\_\_)

生年月日 平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

住 所 鎌倉市 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

## 1. 家族構成

続柄	氏 名	生年月日	年齢	職業 ・ 学校名等
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		

## 2. 現在、心配している事、相談したい事を具体的にお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. 今までに行った医療機関・相談機関等

機関名	診療科等	初診の期間	経過の 頻度	診断名・ 相談内容等	関わっている職種 Dr Nrs PT OT ST 心理 保健師等
(例) 〇〇病院	リハ科	H27.11.8～ (10ヶ月)	月1回	運動発達の遅れ	Dr PT
(例) 〇〇保健所	育児相談	H27.11.8～ (6ヶ月)	月2回	筋低緊張	Dr 保健師 PT

4. 医療機関、相談機関等の順番をお書きください。

(例) 〇〇小児科 → こども医療センター → 市民健康課

5. かかりつけ医はどこですか？

また、アレルギー等 注意事項があればお書きください。

## 6. 生育歴

### (1) お産のこと

ア お子さんの妊娠以前に流産・死産の経験がありますか？

- ・ はい ( 流産 回、 死産 回)      ・ いいえ

イ お子さんを妊娠中のお母さんの健康状態はどうでしたか？

- ・ 健康だった
- ・ 病気をした ( 病名 月時 )
- ・ けがをした ( 月時 )
- ・ 流産・早産などをしそうになった ( 月時 )
- ・ 妊娠中毒症 ( あり なし )

ウ つわりの状態はどうでしたか

- ・ 軽かった      ・ 普通      ・ 重かった

エ 服薬の状態

- ・ あり ( 月時 )      ・ なし

### (2) 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 分娩の病院名

( )

ウ 出産日 ( 週 日 )

- ・ 予定どおり
- ・ 予定日より ( 早かった 遅かった 日)

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      ・ へその緒の異常
- ・ その他、何か気になることがありましたか？

才 出産時のお子さんの状態

正常	未熟児	過熟児	
仮死	チアノーゼ	黄疸	
その他 ( )			
保育器の使用 ( )	あり	日間、なし )	
呼吸器の使用 ( )	あり	日間、なし )	
体重 ( )	g )	身長 ( )	cm )
胸囲 ( )	cm )	頭囲 ( )	cm )

(3) 生まれてから1歳までの様子

ア 栄養は

- ・ 母乳
- ・ 人工栄養
- ・ 混合栄養

イ 飲む力は

- ・ 強かった
- ・ 普通
- ・ 弱かった

ウ 飲む量は

- ・ 多かった
- ・ 普通
- ・ 少なかった

エ 発達の様子

- ・ 首のすわり ( ) ヶ月 )
- ・ 一人すわり ( ) ヶ月 )
- ・ つかまり立ち ( ) ヶ月 )
- ・ 発語 ( ) ヶ月 )
- ・ 寝返り ( ) ヶ月 )
- ・ はいはい ( ) ヶ月 )
- ・ 一人歩き ( ) ヶ月 )
- ・ おむつが濡れたり、空腹時に泣いて訴えた ( はい )
- ・ お母さんをよく目で追った ( はい )
- ・ お子さんを抱きにくいと感じましたか? ( はい )
- ・ 動きが少ないと感じましたか? ( はい )
- ・ おとなしい、手が掛からないと感じましたか? ( はい )

オ この時期に、気になることがありましたか?

- ・ あり 黄疸 ひきつけ 嘔吐 発熱  
下痢 便秘 その他 ( )
- ・ なし



## 7. 日常の様子

### (1) 移動について ( できる ・ できない )

お子さんは、どのように移動しますか？

- |                    |        |         |
|--------------------|--------|---------|
| ア 寝返り              | イ ずり這い | ウ はいはい  |
| エ いざる              | オ 膝歩き  | カ つたい歩き |
| キ 歩く ( 杖 手を引く 独歩 ) |        | ク 走る    |
| ケ 車椅子              |        |         |

### (2) 遊びについて

- どんな姿勢で遊んでいることが多いですか？

- |         |       |   |
|---------|-------|---|
| ア 寝た姿勢で | イ 座って |   |
| ウ その他 ( |       | ) |

- どのような遊びが好きですか？

( )

- お子さんは、いつも誰と遊んでいますか？

( )

- お子さんは、他の子どもと遊ぶ機会がありますか？ ( はい いいえ )

- お子さんは、絵本が好きですか？ ( はい いいえ )

- その他、何かありましたらお書きください。

( )

### (3) コミュニケーションについて

- お子さんは、何とか意思を伝えようとしますか？ ( はい いいえ )

- お子さんは、どのようなコミュニケーション手段を使っていますか？

- |                            |        |         |         |
|----------------------------|--------|---------|---------|
| ア 顔の表情で                    | イ 指差して | ウ 目の動きで | エ 声を出して |
| オ 会話で ( 単語 ・ 2語文 ・ 2語文以上 ) |        |         |         |
| カ その他 (                    |        |         | )       |

- 簡単な言いつけが分かりますか？ ( はい いいえ )

- 見慣れた物の名前は、ほとんどわかりますか？ ( はい いいえ )

- お子さんの理解力は、年齢相応と思いますか？

- |            |                |
|------------|----------------|
| ア 年齢並みだと思う | イ 年齢より遅れていると思う |
|------------|----------------|

- 名前を呼びかけた時の反応はどうか？

- |       |          |           |
|-------|----------|-----------|
| ア 無関心 | イ 時々反応する | ウ いつも反応する |
|-------|----------|-----------|

- その他、何かありましたらお書きください。

( )

(4) 食事について

- 何を食べていますか？  
( 母乳 ミルク 離乳食 幼児食 普通食 )
- 1日の量、回数はどうですか？  
( )
- どのように食べていますか？  
ア 哺乳瓶で飲ませている    イ 自分で飲んでいる  
ウ 食べさせる                    エ 手づかみで食べる            オ 自分で食べる
- 飲み物は、どのように飲んでいきますか？  
ア 哺乳瓶                            イ コップ                            ウ ストロー  
エ その他 ( )
- どのような姿勢で食事をしていますか？  
( )
- 家族と一緒に食べていますか？ ( はい    いいえ )
- その他、何かありましたらお書きください。  
( )

(5) 排泄について

- 排尿  
ア おむつ                            イ 時間をみてつれていく            ウ 教える  
エ 手伝ってやればできる    オ 自分でできる
- 排便  
ア おむつ                            イ 様子をみてつれていく  
ウ 教えるが、時々失敗する    エ 自分で行き、後始末もできる
- 便秘になりやすいですか？ ( はい    いいえ )  
下剤を使いますか？ ( はい    薬品名 :                            いいえ )  
その他の方法 ( )

(6) 着脱について

- 脱ぎ着は一人でできますか？ ( はい    いいえ )  
ア 上衣 ( 着れる 脱げる 介助 )    イ 下衣 ( 着れる 脱げる 介助 )
- ボタン、スナップ、ファスナーはできますか？  
はい ( ボタン スナップ ファスナー )    いいえ
- その他、何かありましたらお書きください。  
( )

(7) その他

ア 動き ( 気になる 気にならない )

- ・ 動きが遅い
- ・ 落ち着きがない
- ・ めまぐるしく動きまわる
- ・ 目つきがきょろきょろする
- ・ 開放すると一目散にかけだす
- ・ その他 ( )

イ 対人関係 ( 気になる 気にならない )

- ・ 人をさける
- ・ 人に対して警戒心がなすぎる
- ・ 注意をひきたがる
- ・ 視線を外す
- ・ 目が合いにくい

ウ 睡眠

- ・ よく眠る
- ・ 寝つきが悪い
- ・ 寝起きが悪い
- ・ 目をさましやすい
- ・ 睡眠中に突然泣き出す
- ・ いびきをかく
- ・ その他 ( )

エ くせ等

- ・ 何でもなめたりかじったりする
- ・ 首ふりをする
- ・ 奇声をあげる
- ・ 異常にまばたきをする
- ・ 爪をかむ
- ・ 指しゃぶり
- ・ 自分の頭を物にぶつける
- ・ 自分の身体をかむ
- ・ 自分の身体などをひっかく
- ・ 物の置き場所、生活の順序などに自分なりの決めがある
- ・ 特定のことに執着する
- ・ いつも手を目の前で動かしたり、かざしたりする
- ・ 身体のどこかをいつも妙に動かしている
- ・ 気がちりやすい
- ・ その他、何かありましたらお書きください。

( )

8. リハビリ相談を知ったのは

- ・ 医療機関 :
- ・ 健診関係 : 6ヶ月 1歳6ヶ月 その他 ( )
- ・ 市民健康課 ・ 障害者福祉課
- ・ 発達支援室 ( 言語聴覚 ひよこG あおぞら園通園 その他 )
- ・ きらきら
- ・ ホームページ
- ・ 知人
- ・ 保健所
- ・ 児童相談所
- ・ その他 ( )