

記入日: 年 月 日

ふりがな

お子さまのお名前 (男・女) 生年月日 年 月 日

所属名 保育園 / 幼稚園 / 小学校 / 中学校 / その他()

住所 〒 板橋区

電話番号:携帯 (留守電 有・無) 自宅 (留守電 有・無)

○相談したいこと: ことば / かんしゃく / 運動面 / その他()

相談・支援に役立てるための重要なアンケートです。時が経ちお忘れになったこともあるかと思いますが、方針を立てるための大切な資料となるものです。他の用途には使用致しません。母子健康手帳などをご参照の上、おわかりになる範囲でできる限り正確にご記入いただきますようお願い申し上げます。

(1) 同居されているご家族についてお伺いします

本日相談されるお子さまも含めて、ご家族皆様についてご記入ください

お名前	性別	生年月日	年齢	健康状態	職業・所属
1.	(男 女)	年 月 日	才	()	()
2.	(男 女)	年 月 日	才	()	()
3.	(男 女)	年 月 日	才	()	()
4.	(男 女)	年 月 日	才	()	()
5.	(男 女)	年 月 日	才	()	()
6.	(男 女)	年 月 日	才	()	()

(2) 今回相談されるお子さまの妊娠中に心配なことはありましたか

- ・なかった
- ・あった()

(3) ご出産の際の状況(おわかりになる範囲でけっこうです)

・出産時のお母様の年齢 才 ・出産予定日 年 月 日

・実際に出産した日 年 月 日(在胎 週 日)

・出産した場所(病院など) (病院、クリニック、助産所)

・生まれたときのお子さまの体格

体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm

・仮死状態だと言われましたか (言われた / 言われぬい)

・新生児期に特別な治療を必要としましたか (した / しない)

新生児期に治療を受けた病院 (病院)

板橋区子ども発達支援センター

・新生児聴覚スクリーニング検査を受けましたか (受けた / 受けない)

○受けた方

結果はどうでしたか (パス(pass) / 要検査(refer))

(4)乳幼児健診について

・1歳6か月児健診で指摘されたことはありましたか (ある / ない)

それはどのようなことでしたか

()

・3歳児健診で指摘されたことはありましたか (ある / ない)

それはどのようなことでしたか

()

(5)今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (ない / ある)

○ある場合

・熱もありましたか (なかった / あった / 度くらい)

・いつ頃ですか

(年 月 もしくは 歳ごろ)

(6)病気や事故で入院したことはありますか (ない / ある)

○ある場合

年 月 ~ 年 月 もしくは 歳ごろ

病名 病院名

(7)アレルギーといわれたことがありますか (ない / ある)

○ある場合

・どのような症状ですか()

・アレルゲンは何ですか(小麦 / ハウスダスト / その他:)

(8)受診したことがある診療科

(小児科 / 耳鼻科 / 眼科 / 整形外科 / その他:)

・(体調不良時などに)普段かかっている病院名:

・定期的を受診している病院名・診療科:

(9)発達の経過についてお伺いします。できるようになった年齢をお書きください。

	できるようになった	まだしない	よくわからない
首すわり	才 ヶ月		
お座り	才 ヶ月		
一人で立つ	才 ヶ月		
2～3 歩ひとりで歩く	才 ヶ月		
指さしをする	才 ヶ月		
簡単な指示(「おいで」「ちょうだい」等)がわかる	才 ヶ月		
意味のある言葉を話したのはいつですか	才 ヶ月		
二語文を話しますか	才 ヶ月		

(10)今回ご相談に来られた内容について他機関で相談されたことはありますか

・ ない

・ ある

()かかりつけ医【病院名: _____】

()健康福祉センター【 1才6ヶ月健診 / 3才児健診 / その他(_____) 】
→心理相談を利用しましたか した(_____ 回) / しない

()教育支援センター

()通園・通学先

()その他【 _____ 】

○ある場合

現在も相談を継続していますか (している / していない)

↓

相談・フォローを受けている機関名(_____)

以上