療育相談　事前アンケート

記入日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | |  | 男・女 | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日  （　　　歳　　カ月） | | | |
| 住所 | 〒　　　　中野区　　　丁目　　番　　号 | | | | 電話番号 | 自宅  携帯 | | | |
| 所属 | 保育園・幼稚園／　　　　　　　　　小学校  在宅・  中学校／　　　　　　　　　　　　　高校 | | | | | | | | 才児  学年 |
| 同居のご家族 | | 氏名 | | | | 続柄 | 生年月日 | 職業・所属（会社・学校名と学年） | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
| ご相談内容（＊できるだけ詳しくご記入下さい） | | お子さんについて気になることや心配していること、当園へいらした経緯をお教え下さい。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 出産前の経過  異常なし/あり（切迫早産・貧血・高血圧・妊娠中毒症・その他　　　　　　　　　）  出産日　　年　月　日　予定日　年　月　日  在胎　　　　　週　　　日  出産時の身長　　　　㎝／体重　　　　ｇ | | | | | | | 分娩経過  ・異常なし　・帝王切開　・鉗子分娩  ・吸引分娩　・臍帯巻絡　・仮死　・新生児黄疸  ・逆子　　・未熟児　　・過熟児　・陣痛微弱  出産した病院（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 発達経過　　　　　　　　　　　　はいはい　（　　　　か月）　　呼名に振り返る（　　か月～）  首の座り（　　　　か月）　　　　ひとり歩き（　　　　か月）　　二語文　　　　（　　　歳～）  お座り　（　　　　か月）　　　　始語（　　　歳　　　か月）　　文章で話す　　（　　　歳～） | | | | | | | | | | | |
| 乳幼児健診 |  | | | 3・4か月 | 6・7か月 | | 9・10か月 | | 1歳6か月 | 3歳 | |
| 受診状況 | | | 済・未 | 済・未 | | 済・未 | | 済・未 | 済・未 | |
| ＊気付いた事等ご記入ください | | |  |  | |  | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 現在の健康状況 | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | | | （診断を受けた機関　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | 受けたことのある検査と結果：発達（知能）検査→(検査名:　　　　　　　　　　　)脳波検査／聴力検査／血液検査／MRI／CT／その他  【結果】 | | | | | | | |
| 入院歴 | | | | 有・無  理由と期間： | | | | | | | |
| 服薬の有無 | | | | 有･無  薬剤名: | | | | | | | |
| アレルギー | | | | 有・無  種類： | | | | | | | |
| 補装具 | | | | なし／あり　　　→種類： | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| 他機関利用の有無について | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療･療育機関名 |  |  |  |
| 利用時期 | 年　　月～ 　　　　年　 　月 | 年　　月～ 　　　　年　 　月 | 年　　月～　　　　年　 　月 |
| 利用頻度 |  |  |  |
| 利用経過 や内容 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳取得の有無 | ・愛の手帳（　　度）・精神障害者保健福祉手帳（　　級）  ・身体障害者手帳（　　種　　級　　障害種別：　　　　　　　　　　） |

　お住いの地域のすこやか福祉センター、すこやか障害者相談支援事業所、障害児相談支援事業所へ情報提供させていただきますので、予めご了承ください。