

療育相談 事前アンケート

記入日 年 月 日

子ども	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日	
		男・女			(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／ 在宅・ 中学校／ 高校				小学校 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			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			

出産時の身長		cm／体重	g	出産した病院（ ）		
発達経過		はいはい（ ）		呼名に振り返る（ ）		
首の座り（ ）		ひとり歩き（ ）		二語文（ ）		
お座り（ ）		始語（ ）		文章で話す（ ）		
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。