

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 / 小学校 在宅・		才児	
	中学校 / 高校		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	平成 年 月～平成 年 月	平成 年 月～平成 年 月	平成 年 月～平成 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。