|  |  |
| --- | --- |
| 面談年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 記入者 | 母・父・その他（　　　　） |

ｐ

　 **西宮市立こども未来センター**

**相談者記入用紙**

※診察希望の方は、別紙「診察申込書」が必要です。

**1．本人・家族について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな名前 | 　　　　　　　　　　　　( 男 ・ 女 ) | 生年月日 | 西暦　　　 年　 　月　　　日（　　　歳　　ヶ月） |
| 所属 | 保育所・認定こども園・幼稚園（　　歳児クラス・年少・年中・年長）学校（　　年　　組／　特別支援学級） 担任： |

1. 本人

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　　　- |
| 連絡先 | 自宅電話　　　　　　　　　　　　　　　/ 携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　 |

1. 住所

 　連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　　　前 | 続柄 | 年齢 | 職業、在校・在園名等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 家族構成

※ご本人以外を

　記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険 | □ 被用者保険（会社の健康保険、公務員共済組合）　□ 国民健康保険　　　　□ その他（生活保護、未加入など） |
| 医療助成 | □ 乳幼児等・こども医療費助成制度　□ 母子家庭等医療費助成制度□ 小児慢性特定疾患　 □ 自立支援医療　□ その他（　　　　　　　　　　） |

④　保険

**２．相談のきっかけ**

|  |  |
| --- | --- |
| 当センターのことはどのようにして知りましたか？ | 紹介されて　　　　　　　　　　　　　　　　自分で調べて　　　　　　　　　　　　　　　　　誰に？　　　　　　　　　　　　　　 インターネット　パンフレット　　　　　　　　　　　　　　　　　 その他 |
| お子様について困っていること　　　　・気になること | 例：かんしゃくがある、言葉が出ない、かかわり方がわからない（学校園所等への）行き渋りがある |

⑤　きっかけ

**３．これまでの医療・相談等について**

⑥　医療・相談等

|  |
| --- |
| ※医療機関や相談機関（保健福祉センター・こども家庭センター・スクールカウンセラー等）などの受診歴、相談歴について記入してください。 |
| 西暦〇〇年△月（　　歳　　ヶ月時） | 医療・相談機関等 | 診療・相談内容等 |
|  |  |  |
| 他の機関で検査を受けておられる場合、検査名にチェックを入れてください。その他の検査を受けられた場合は、検査名を記入してください。□ Wisc-Ⅲ　　□ Wisc-Ⅳ　　□ 新版K式発達検査　その他検査（　　 　　　　　　　　　 　　　　　） |

1. **生育歴について**

⑦　妊娠中～出産

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妊娠 | これまでの妊娠回数：　　回流産：無・有（　　　回） | 胎児の様子 | 発育：　　普通　・　不良 |
| 母体の状態 | つわり： 弱 ・ 普通 ・ 強 | 貧血：無　・　有　 | 胎動：　　普通　・　不良 |
| 切迫流産：無・安静・入院 | 妊娠高血圧症候群：無・有 | その他：  |
| 切迫早産：無・安静・入院 | 妊娠中の病気：無・有 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妊娠期間 | 妊娠　　　週　　　　日 | 出産予定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 分娩所要時間 | 　　　　　　　　　時間　　　分 | 出血量 | 少　・　中　・　多 |
| 分娩の様子 | □ 自然　　　　□ 吸引分娩　　　□ 鉗子分娩　　　□ 帝王切開　　　□ 多胎　　　□ 骨盤位その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

⑧　新生児期～乳幼児期

|  |  |
| --- | --- |
| 入院期間 | 生　　後　　　　　　日　　　出生した病院（　　　　　　　　　　　　　　　　　病院） |
| 出生時体重 | 　　　　　　　　　　　ｇ　　　　 | 身長 | 　　　　　　　　　ｃｍ |
| 胸囲 | 　　　　　　　　　　　ｃｍ　　 | 頭囲 | 　　　　　　　　　　ｃｍ |
| 新生児の様子 | □ 仮死　　　□ 臍帯（へその緒）巻絡　　 　 　□ 発熱　　□ けいれん　 □ 呼吸困難□ 黄疸（　無 ・ 弱 ・ 強 ／→　光線療法　　日）　　□ アプガースコア(１分後)　　／(5分後) |
| 保育器 |  無　・　有（　　　日間） | 先天性代謝異常検査 | 　　　異常なし　・　あり |
| 酸素吸入 |  無　・　有（　　　日間） | 新生児聴覚スクリーニング検査 | 　　　異常なし　・　あり |
| 呼吸器装置 |  無　・　有（　　 日間） | その他 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 栄養 | 種類 | 　　母乳　・　混合　・　人工　　　　 | 哺乳力 | 　　普通　・　弱 |
| 鼻腔栄養 | 無・有（生後　　　日から　　日まで） | 体重 | 順調に増加　・　増えにくかった |
| 離乳食 | 　開始（生後　　　　ヶ月）　　　　順調　　　・　　進みにくかった |
| 赤ちゃんのころの様子で気になること | ※ミルクの飲み方、よく泣いた、おとなしい、病気など |

⑨　発達の様子

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 首のすわり | 歳　　ヶ月　 | 追視 | 無　・　有 | あやすと笑う | 歳　　ヶ月　　 |
| 寝返り | 歳　　ヶ月　 | お座り | 　　 歳　　ヶ月 |  人見知り | 強 ・ 弱 ・ なし |
| 喃語 | ※マンマンなど意味のない繰り返しの音歳　　ヶ月 | ずりばい | 　　 　歳　　ヶ月 | 四つばい（ハイハイ） | 歳　　ヶ月 |
| 後追い | 　　歳　　ヶ月 | 伝い歩き | 　　 歳　　ヶ月 |  動作模倣 | ※バイバイ、イナイイナイバア、拍手等　歳　　ヶ月 |
| ひとり歩き | 歳　　ヶ月 | 指差し | 　　 歳　　ヶ月　　　 |  |  |
| 単語 | ※「ワンワン」「ブーブー」など意味のある言葉歳　 ヶ月　　話した言葉　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 二語文 | ※「ワンワンいた」「ブーブーきた」など歳　　ヶ月　　話した言葉　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 気になること |  |

⑩　健診結果

|  |  |
| --- | --- |
| ４か月児健康診査 | □ 受けていない　　□ 受けた　（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果 | 指摘あり（　運動 ・ 体重 ・ 言葉 ・ 行動 ・ その他　）　指摘なし　紹介：無 ・ 有 　　紹介先：　　　　　 　 |
| 10か月児健康診査 | □ 受けていない　　□ 受けた　（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果 | 指摘あり（　運動 ・ 体重 ・ 言葉 ・ 行動 ・ その他　）　指摘なし　紹介：無 ・ 有 　　紹介先：　　　　　 　 |
| 1歳6か月児健康診査 | □ 受けていない　　□ 受けた　（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果 | 指摘あり（　運動 ・ 体重 ・ 言葉 ・ 行動 ・ その他　）　指摘なし　紹介：無 ・ 有 　　紹介先：　　　　　 　 |
| 3歳児健康診査 | □ 受けていない　　□ 受けた　（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果 | 指摘あり（　運動 ・ 体重 ・ 言葉 ・ 行動 ・ その他　）　指摘なし　紹介：無 ・ 有 　　紹介先：　　　　　 　 |

※健診で保健師や心理士などから指摘があった場合は、当てはまるものに○をつけてください

※相談機関・医療機関など紹介があった場合は、紹介先を記入してください

　 紹介先例：親子教室（すくすく相談会・ぐんぐん広場）、○○病院（○○クリニック）、こども未来センターなど

⑪　集団への参加

|  |  |
| --- | --- |
| 西暦　〇〇 年　 △月（　 歳　 ヶ月時） | 保育所・認定こども園・幼稚園・学校等の名称 |
| 年　　　月（　　歳　 ヶ月時）～ |  |
| 年　　　月（　　歳　 ヶ月時）～ |  |
| 年　　　月（　　歳　 ヶ月時）～ |  |

**５．医療と福祉サービスについて**

⑫　通院中の医療機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 診療科 | 主治医 | 頻度（月1回等） | 病名・治療・薬など |
|  |  |  |  |  |

⑬　児童発達支援・放課後等デイサービスの利用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 利用期間（西暦〇〇年△月） | 事業所名 |
| □児童発達支援□放課後等デイ | 　　　年　　　月　～　　　　　年　　　月 |  |
| □児童発達支援□放課後等デイ | 　　　年　　　月　～　　　　　年　　　月 |  |

⑭　利用しているサービス等(短期入所・日中一時支援・移動支援・訪問看護等)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | 事業所名 | 利用頻度 |
|  |  |  |
|  |  |  |

⑮　手帳

|  |
| --- |
| ◆わかる部分についてご記入いただき、相談予約日にこども未来センターにお持ちください。◆書き方などでわからない点やご質問等がありましたら、こども未来センター（0798-６５-１８８１）にお問い合わせください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 　種　　級 ／ 種別：肢体・視覚・聴覚・内部（　 　　 ） |
| 療育手帳 | A ・ B1 ・ B2／判定：西暦　　　　年　　　月　　　日（次回判定 　　　年　　　月　　　日） |

