

# 相談者記入用紙

面談年月日	西暦	年	月	日
記入者	母・父・その他（ ）			

※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

### ① 本人

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:					

### ② 住所

連絡先

住所	〒 -	
連絡先	自宅電話 / 携帯電話	

### ③ 家族構成

※ご本人以外を  
記入してください。

名	前	続柄	年齢	職業、在校・在園名等

### ④ 保険

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

## 2. 相談のきっかけ

### ⑤ 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	



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」「プープー」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」「プープーきた」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	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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（すすく相談会・ぐんぐん広場）、〇〇病院（〇〇クリニック）、こども未来センターなど

⑪ 集団への参加

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

## 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○○年△月）	事業所名
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイ	年 月 ～ 年 月	
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 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

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）

- ◆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。