



相談票（幼児・学齢期）

*わかる範囲でご記入ください

記入日 年 月 日

相談申込者について	ふりがな			ご本人との 続柄	
	名前				
	住所	〒 —			
	連絡先	TEL	()	ご本人やご家族に当センターへ相談に来られることを伝えて	
FAX		()	いますか？ はい ・ いいえ		
携帯		()	(伝えている人：)		

以下は、相談対象のご本人についてご記入ください

ふりがな			性別	生年月日	年齢
ご本人名				年 月 日	歳 か月
住所 <small>上記と異なる場合</small>	〒 —				
連絡先 <small>上記と異なる場合</small>	TEL	()	携帯電話	()	
所属	(保育施設、幼稚園、学校、通所施設名 等)		学年 () 年 () 組		
			担任 () 先生		
	通常学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校				
同居家族	名前	続柄	生年月日	職業・学校等	
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
相談内容 <small>具体的に ご記入ください</small>					

生育歴	○妊娠中の経過 異常なし ・ 異常あり ()		
	○出生時体重 _____ グラム 在胎期間 _____ 週		
	○お子さんが産まれてすぐ(1週間くらい)の状態 異常なし ・ 異常あり (仮死状態 ・ 呼吸器疾患 ・ 強い黄疸 ・ その他 ())		
	○首のすわり _____ か月 歩き始め _____ 歳 _____ か月 言葉のはじまり _____ 歳 _____ か月		
	○1歳6か月児健診の結果 問題なし ・ 相談 ()		
	○3歳6か月児健診の結果 問題なし ・ 相談 ()		
		(園・学校名)	(気になること)
	保育施設・幼稚園		
	小学校		
	中学校		
高等学校			
現在のご様子について			
○得意なこと ()			
○不得意なこと ()			
○行動上の問題について、気になること ()			
○知的な発達 遅れていない ・ やや遅れている ・ 遅れている ・ かたよりのある			
○通っている習い事等がありますか？ (塾・スイミングスクール・ピアノ等) なし ・ あり : 内容と頻度 ()			
相談歴	今までに利用された医療機関・相談機関・療育機関をご記入ください		
	(時期)	(機関名)	(医師名・担当者名)
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
今までに発達検査等を受けたことがありますか？ わかる範囲でご記入ください			
なし ・ あり : 検査の種類と数値 () 検査機関 () 検査時期 (歳頃)			
診断・疾患	今までに診断等を受けたことがありますか？ 発達障害以外の基礎疾患などがある場合もご記入ください		
	なし ・ あり : 診断名 () 診断機関 () 診断時期 (歳頃)		
手帳	なし ・ あり : 取得時期 (年 月)		
	療育手帳 (A ・ B1 ・ B2) 身体障害者手帳 () 級 精神障害者保健福祉手帳 () 級		
服薬	継続して飲んでいる薬はありますか？		
	なし ・ あり : 薬の名前 ()		
親の会	ご家族がご記入の場合、親の会に所属していますか？		
	いいえ ・ はい : 名称 ()		
紹介元	当センターのことをどこで知りましたか？		
	知人等 ・ 関係機関 () ・ 親の会 ・ ホームページ ・ その他 ()		

*下記は当センター記入欄

初回相談日時	年 月 日 午前・午後 時 分~	担当者名	
--------	------------------	------	--