

|        |                  |     |      |                  |   |        |     |        |        |
|--------|------------------|-----|------|------------------|---|--------|-----|--------|--------|
| 児氏名    | ふりがな             | 男女  | 生年月日 | 平成・令和            | 年 | 月      | 日生  |        |        |
| 住所     | 西東京市             | 連絡先 | 続柄   | 電話番号             |   |        | 連絡順 |        |        |
|        | 丁目               |     | 番    | 号                | 父 |        |     |        |        |
|        |                  |     |      |                  | 母 |        |     |        |        |
|        |                  |     | ( )  |                  |   |        |     |        |        |
| 家族の状況  | 父 (氏名; ふりがな)     | S・H | 年    | 月                | 日 | 健康・治療中 |     |        |        |
|        | 母 (氏名; ふりがな)     | S・H | 年    | 月                | 日 | 健康・治療中 |     |        |        |
|        | 第1子              | 男・女 | H・R  | 年                | 月 | 日      | 歳   | ヵ月     | 健康・治療中 |
|        | 第2子              | 男・女 | H・R  | 年                | 月 | 日      | 歳   | ヵ月     | 健康・治療中 |
|        | 第3子              | 男・女 | H・R  | 年                | 月 | 日      | 歳   | ヵ月     | 健康・治療中 |
|        | 第4子              | 男・女 | H・R  | 年                | 月 | 日      | 歳   | ヵ月     | 健康・治療中 |
|        | ( )              | 男・女 | H・R  | 年                | 月 | 日      | 歳   | ヵ月     | 健康・治療中 |
| ( )    | 男・女              | H・R | 年    | 月                | 日 | 歳      | ヵ月  | 健康・治療中 |        |
| 通園先等   | 幼稚園・保育園          |     | 紹介機関 | 1.市報             |   |        |     |        |        |
|        | その他 定期的に通っているところ |     |      | 2.母子保健           |   |        |     |        |        |
| ご相談の内容 |                  |     |      | 4 ヵ月児・1 歳6 ヵ月児健診 |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | 3 歳児健診 発達健診      |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | 2 歳相談会 子ども相談     |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | ぴょんぴょん           |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | 3.通園先から勧められて     |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | 4.医療機関           |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | ( )              |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | 5.その他            |   |        |     |        |        |
|        |                  |     |      | ( )              |   |        |     |        |        |

|                      |                   |       |           |         |     |    |
|----------------------|-------------------|-------|-----------|---------|-----|----|
| 出生時の状況               | ① 出産 週            | か     | ①首のすわり    | まだ・     | ヶ月  |    |
|                      | 出産医療機関( )         |       | ら         | ②ねがえり   | まだ・ | ヶ月 |
|                      | ② 分娩 正常           |       | だ         | ③おすわり   | まだ・ | ヶ月 |
|                      | 帝王切開・吸引・鉗子・早期破水   |       | の         | ④つかまり立ち | まだ・ | ヶ月 |
|                      | 胎盤早期剥離・臍帯巻絡・羊水混濁・ |       | 発         | ⑤這い這い   | まだ・ | ヶ月 |
| その他( )               | 達                 | ⑥伝い歩き | まだ・       | ヶ月      |     |    |
| ③ 出生時状況              | g                 |       | ⑦ひとり歩き    | まだ・     | ヶ月  |    |
| (保育器 日)              |                   |       | ⑧その他      |         |     |    |
| 黄疸 軽い 普通 重い          |                   | 健     | 健診等名称     | 受けた市町村  | 結果  |    |
| 交換輸血 光線療法            |                   | 診     | 3~4 ヵ月健診  |         |     |    |
| ④ その他何か変わったことがありましたか |                   | 等     | 1 歳相談会    |         |     |    |
|                      |                   | の     | 1 歳6 ヵ月健診 |         |     |    |
|                      |                   | 状     | 2 歳相談会    |         |     |    |
|                      |                   | 況     | 3 歳児健診    |         |     |    |

|                            |  |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------------|--|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 基本的<br>生活<br>習慣            | ①排泄  | 紙オムツ使用 出た後に知らせる<br>時間でトイレ・おまるに座らせるとする おしえる |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            | ②食事の様子   | a 食べる量                                     | しっかり食べる・少食  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            |  | b 偏食                                       | ない ある ( )   |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            |  | c 食べる様子                                    | 自分で食べる ( スプーン・<br>全介助・部分介助 ( )  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            |  | d 着席                                       | 着席して食べる・立ち歩きながら   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| e 噛み方                      |  | 良くかんでいる・あまりかまずに飲みこむ                        |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ③食事の制限<br>アレルギー等           |  |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ④生活リズム                     | <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>15</td> <td>18</td> <td>21</td> <td>24</td> </tr> </table> |  | 0   | 3  | 6  | 9  | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 |
| 0                          | 3  | 6  | 9   | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 |    |    |    |
| 認<br>知<br>等<br>の<br>発<br>達 | ①視線がしっかり合いますか<br>はい ( オ ヶ月 ) ・いいえ  | 言<br>語<br>の<br>発<br>達                      | ①喃語 有り・無  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            | ②人見知りをしますか<br>はい ( オ ヶ月 ) ・いいえ   |  | ②初語 オ ヶ月  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            | ③指差しをしますか<br>はい ( オ ヶ月 ) ・いいえ  |  | ③現在のことば<br>a、なし<br>b、単語 (「ママ」「バナナ」など)<br>c、二語文 (「わんわん、きた」など)<br>d、三語文以上<br>(「パパ、かいしゃ いったね」) |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                            | ④要求はどのようにつたえますか?<br>a、ことば b、ジェスチャー<br>c、指さし d、手を引っ張っていく  |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 遊<br>び<br>の<br>様<br>子      | ①好きな遊び<br>家の中で<br><br>外 (公園など)<br><br>②TVやビデオ、DVDなどは見ますか はい ほとんど見ない<br>どんなものを見ますか ( )  |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 生活の中での困りごとはありますか           |  |  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |

かかりつけ医等

| 医療機関名 | 診療科目 | 受診頻度      | 治療方針等    |
|-------|------|-----------|----------|
|       |      | 回/ ヶ月・必要時 | 服薬・経過観察・ |
|       |      |           |          |
|       |      |           |          |

上記のとおり、訓練又は相談を申込みます。

なお、通園先・関係機関との連絡・連携に同意します。

所属園 ( ) ・病院 ( ) ・その他 ( )

保護者署名 \_\_\_\_\_

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|