相談問診票 兼 児童発達支援センターひいらぎ事業申込書（機能訓練・相談事業）

令和　　年　　月　　日　記入者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児  氏  名 | ふりがな | | 男  女 | 生年月日　平成・令和　　　年　　　月　　日生  　　　　　　　　　　　　　歳　　　　ヵ月 | | | | | | | | |
| 住  所 | 西東京市　　　　　　　町  　　丁目　　　番　　　号 | | 連  絡  先 | 続柄 | | 電話番号 | | | | | | 連絡順 |
| 父 | |  | | | | | |  |
| 母 | |  | | | | | |  |
| (　　　) | |  | | | | | |  |
| 家  族  の  状  況 | 父（：　　　　　　　　　　　） S・H　　　年　　　月　　　日　健康・治療中 | | | | | | | | | | | |
| 母（：　　　　　　　　　　　） 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・ホームページ  2.母子保健  　4か月児・1歳６か月児健診  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  (　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| その他　定期的に通っているところ | | | | | |
| ご  相  談  の  内  容 |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 出生時の状況 | ①　出産　　　　　週  　　出産医療機関（　　　　　　　　　　　　）  ②　分娩　正常  　　　　　帝王切開・吸引・鉗子・早期破水  ・胎盤早期剥離・臍帯巻絡・羊水混濁・  　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　胎児の位置の異常  ③　出生時状況　　　　　　　　　　　ｇ  （保育器　　　　　　　　日）  　　　　　黄疸　　　軽い　普通　　重い  　　　　　　　　　　交換輸血　　光線療法  ④　その他何か変わったことがありましたか | | | | からだの発達 | ①首のすわり  ②ねがえり  ③おすわり  ④はいはい  ⑤つかまり立ち  ⑥伝い歩き  ⑦ひとり歩き  ⑧その他 | | | | まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月  　まだ・ 　 　 ヶ月 | | |
| 健診等の状況 | 健診等名称 | | 受けた市町村 | | | 結果 | |
| 3～4か月健診 | |  | | |  | |
| １歳相談会 | |  | | |  | |
| １歳６か月健診 | |  | | |  | |
| ２歳相談会 | |  | | |  | |
| ３歳児健診 | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本的生活習慣 | ①排泄 | 紙オムツ使用　　出た後に知らせる  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・　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　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  アレルギー等 |  | | |
| ④生活リズム | 0　　　 　 　 3　　 　 　 　6　　　 　　9　　 　　 　12 15 18 21 24   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 認知等の発達 | ①視線がしっかり合いますか  　はい　（　　　才　　ヶ月）　　・いいえ  ②人見知りをしますか  　はい　（　　　才　　ヶ月）　　・いいえ  ③指差しをしますか  　はい　（　　　才　　ヶ月）　　・いいえ  ④要求はどのようにつたえますか？  　ａ、ことば　　ｂ、ジェスチャー  　ｃ、指さし　　ｄ、手を引っ張っていく | | 言語の発達 | ①喃語　　有り・無  ②初語　　　才　　ヶ月  ③現在のことば  　ａ、なし  ｂ、単語（「ママ」「バナナ」など）  ｃ、二語文（「わんわん、きた」など）  ｄ、三語文以上  （「パパ、かいしゃ　いったね」） |
| 遊びの様子 | ①好きな遊び  　家の中で  　外（公園など）  ②ＴＶや動画、ＤＶＤなどは見ますか　　はい　　　ほとんど見ない  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/　ヵ月・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。

受付印

所属園（　　　　　　　　　　　　　　　）・病院（　　　　　　　　　　　　　　）・その他（　　　　　　　　　　　　）

　保護者署名