**相　談　申　込　書**

記入した日：R　　年　　　月　　　日

来所予定日：R　　年　　　月　　　日

記入者氏名：

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　）

ふりがな

お子さまの名前　　　　　　　 　　　　　 　　 男・女　　（愛称　　　　　　 　　）

　　　　　　　平成

生年月日　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳　　　ヶ月）

　　　　　　　　〒

住　　所　　鎌倉市

電　　話　　　（　　　）　　　　　　　携帯電話

所属　　　　　　　　　　　　　　　幼稚園・保育園

１． 家族構成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏　　名 | 生年月日 | 年齢 | 職業　・　学校名等 |
|  |  | ・ ・ |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |
|  |  | ・　・ |  |  |

２．　現在、心配している事、相談したい事を具体的にお書きください

３．　今までに行った医療機関・相談機関等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | 診療科等 | 初診の期間 | 経過の頻度 | 診断名・相談内容等 | 関わっている職種Dr Nrs PT OT　ST 心理 保健師等 |
| （例）○○病院 | リハ科 | H27.11.8～(10ヶ月) | 月1回 | 　運動発達の遅れ | Dr　PT |
| (例)1歳6ヶ月児健康診査 | 育児相談 | H27.11.8～（６ヶ月） | 　月２回 | 　筋低緊張 | 　保健師　PT |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

４． 医療機関、相談機関等の順番をお書きください。

　（例）〇〇小児科　→　こども医療センター　→　こども家庭相談課

５．　かかりつけ医はどこですか？

６．　生育歴

（１）お産のこと

　ア　お子さんの妊娠以前に流産・死産の経験がありますか？

　　　＊　はい　（　流産　　　回、　死産　　　回）　　　＊　いいえ

　イ　お子さんを妊娠中のお母さんの健康状態はどうでしたか？

　　　＊　健康だった

＊　病気をした　（　病名　　　　　　　　　ヶ月時　）

　　　＊　けがをした　（　　　　ヶ月時　）　　　＊　妊娠中毒症（あり　なし）

＊　流産・早産などをしそうになった（　　　ヶ月時　）

　ウ　つわりの状態はどうでしたか

　　　＊　軽かった　　　　　　＊　普通　　　　　　＊　重かった

　エ　服薬の状態

　　　＊　あり　（　　　　　　ヶ月時　）　　　　　＊　なし

（２）　出産について

　ア　出産時のご両親の年齢

　　　　　お母さま　（　　　　　才　）　　お父さま　（　　　　　才　）

　イ　分娩の病院名

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　ウ　出産日　（　　　　週　　　　日　）

　　＊　予定どおり

＊　予定日より　　（　早かった　 　 遅かった　　　 　日）

　エ　出産の状況

　　＊　自然分娩　　　＊　鉗子分娩　　　＊　吸引分娩　　　＊　帝王切開

　　＊　無痛分娩　　　＊　麻酔使用　　　＊　早期破水　　　＊　胎盤早期剥離

　　＊　へその緒の異常　　＊　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　オ　出産時のお子さんの状態

体重　（　　　　　　　ｇ　）　 身長　（　　 　　　ｃｍ　）

　 胸囲　（　 　　 　　ｃｍ　）　 　頭囲　（　　　　 ｃｍ　）

＊　正常　　　　　＊　未熟児　　　　＊　過熟児　　　＊　仮死

＊　チアノーゼ　　＊　黄疸 　　＊その他（　　　　　　　　　　　　　）

＊　保育器の使用　（　あり　　 　　　日間、 　　なし　）

＊　呼吸器の使用　（　あり　　 　 　　日間 　　　なし　）

（３）生まれてから１歳までの様子

　ア　栄養は

＊　母乳　　　　　　＊　人工栄養　　　　　＊　混合栄養

イ　飲む力は

＊　強かった　　 ＊　普通　　　　　　　＊　弱かった

　ウ　飲む量は

＊　多かった　　　　＊　普通　　　　　　　＊　少なかった

　エ　発達の様子

＊　首のすわり　（　　　 　 ヶ月　）　　＊　寝返り　（　　　　　 ヶ月　）

＊　一人すわり　（　　　　　ヶ月　）　　＊　はいはい （　　　　　ヶ月　）

＊　つかまり立ち（　　　　　ヶ月　）　　＊　一人歩き （　　　　　ヶ月　）

＊　発語 （　　　　ヶ月　）

＊　おむつが濡れたり、空腹時に泣いて訴えた　（　はい　・　いいえ　）

＊　お母さんをよく目で追った　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

＊　お子さんを抱きにくいと感じましたか？　　（　はい　・　いいえ　）

＊　動きが少ないと感じましたか？　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

＊　おとなしい、手が掛からないと感じましたか？（　はい・　いいえ　）

オ　この時期に、気になることがありましたか？

＊　あり　　　黄疸　　　　ひきつけ　　　嘔吐　　　　　発熱

　 　 下痢　　 便秘 　　その他（　　　　　　　　　　）

＊　なし

（４）　発作・ひきつけについて

　ア　ひきつけを起こしたことがありますか？

＊　ある　　　いつ頃　（　　　　歳　）

　　　　 頻度　　（　　　　回　）　　時間　（　　　分間位　）

＊　ない

　イ　今でもひきつけを起こすことがありますか？

＊　ある　　　頻度　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ひきつけはどんな状態ですか？

　 目　　：

　　　 手足　：

　　 体　　：

 時間　：

＊　ない

（５）　投薬について

　　何か投薬はありますか？

＊　ある　（　薬名　：　　　　　　　　　　 　　１日　　　　　　回　）

　　　　　 （　薬名　：　　　　 　　　　　　　　１日　　　　　　回　）

　　 　　　（　薬名　：　　　　 　　　　　　１日　　　　　　回　）

＊　ない

（６）アレルギーについて

　　アレルギーはありますか？

　　＊　ある　　アレルゲン：

　　＊　ない

（７）　検査について

　ア　脳波検査をしたことがありますか？

＊　ある　（　結果　　　　 　　　　　　　　 ）　　　＊　ない

　イ　目の検査をしたことがありますか？

＊　ある　（　結果　　　　　　　　　　　　　　）　　　＊　ない

ウ　聴覚の検査をしたことがありますか？

＊　ある　（　結果　　　　　　　　　　　　　　）　　　＊　ない

　エ　その他の検査　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（８）ご家族のこと

　ア　家族や親類の方で、同じ心配をした方がいましたか？

　 ＊　はい（続柄：　　　　　　　　　　）　　　　　＊　いいえ

イ　気になった内容　：

7.　現在の様子

（１）一日の生活リズムをお書きください

６時　　　　　９　　　　　　12　　　 　 15 　 18 　 21 24

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（２）姿勢について

　　 ＊　寝たきり　　　　　＊　座る（一人で・助けて・支えて）

＊　つかまり立ち　　　＊　立つ（一人で・助けて）

（３）　移動について　（　できる　・　できない　）

　　 お子さんは、どのように移動しますか？

　　 ＊　寝返り　　　＊　ずり這い　　　＊　はいはい ＊　いざる

＊　膝歩き　　　＊　つたい歩き ＊　歩く（両手を引く・片手を引く・独歩・杖）

＊　走る　　　　＊　車椅子

（４）　遊びについて

　ア　どんな姿勢で遊んでいることが多いですか？

　　 ＊　寝た姿勢で　　　＊　座って　　　＊　その他　（　　　　　　　　　　　）

イ　どのような遊びが好きですか？

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ウ　お子さんは、いつも誰と遊んでいますか？

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

エ　お子さんは、他の子どもと遊ぶ機会がありますか？　（　はい・いいえ　）

オ　お子さんは、絵本が好きですか？　 （　はい・いいえ　）

カ　その他、何かありましたらお書きください（　　　　　　　　　　　　　　）

（５）　コミュニケーションについて

　ア　お子さんは、何とか意思を伝えようとしますか？　（　はい・いいえ　）

イ　お子さんは、どのようなコミュニケーション手段を使っていますか？

＊ 顔の表情で　　＊ 指差しで　　＊ 目の動きで ＊ 声を出して　＊泣いて

＊ 会話で（単語・２語文・２語文以上） ＊その他　（　　　　　　　　　）

ウ　話しことばの程度

　　　＊　なし（　声を出さない　・　特徴ある声を出す　）

　　　＊　音声で表現するが、単語になっていない

　　　＊　表現は単語程度（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　現在言える単語数　：　10以下　・　100以下　・　何でも言える

　　　＊　２語文が時々使える（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　２語文を使い始めたのは　　（　　　　　歳　　　ヶ月頃）

＊　会話・場面に結びついた２語文以上が使える

　　　　　現在、一番長くお話ができる文章をそのまま書いてください。

　　　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　＊　話し方が一方的で言葉でやりとりすることが苦手

＊　話し声が鼻にかかっている　抜けた感じがする

エ　要求の伝達方法

　　　＊　泣く　　　　＊　欲しい物を指差す　　　＊　人を引っ張っていく

＊　自分でやってしまう　　＊　言葉で言う　＊その他（　　　　　　　　　 ）

オ　言葉の理解

　（ア）簡単ないいつけがわかる（　はい・いいえ　）（例えば「新聞を持ってきて」等）

（イ）見慣れた物の名称はだいたいわかる（　はい　・　いいえ　）

（ウ）お子さまが、こちらの言うことをどれ位わかると思いますか

　　　（年齢並みだと思う　・　年齢よりゆっくりだと思う）

（エ）その他、心配なことがありましたらお書き下さい（　　　　　　　　　　　　）

カ　聞こえについて

（ア）呼びかけに　　　＊　必ず反応する　　＊　気づかないこともある

＊　反応することもある　　＊　呼びかけられても反応がない

（イ）よく聞こえていると思う（　はい　・　いいえ　）

（ウ）聞こえが心配である　（　はい　・　いいえ　）

　（エ）その他、心配なことがありましたらお書きください（　　　　　　　　　　　）

（６）　食事について

　ア　何を食べていますか（　母乳・ミルク・離乳食・幼児食・普通食　）

イ　１日の量、回数はどうですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　ウ　どのように食べていますか

＊　哺乳瓶で飲ませている　　＊　自分で飲んでいる　　＊　食べさせる

　＊　手づかみで食べる　　＊　自分で食べる（スプーン・フォーク・はし）

　オ　飲み物は、どのように飲んでいますか

＊　哺乳瓶　　＊　コップ　　＊　ストロー　　＊　その他（　　　　　　　　）

　カ　どのような姿勢で食事をしていますか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　キ　家族と一緒に食べていますか？　　（　はい　・　いいえ　）

　ク　好き嫌いが激しいですか　＊いいえ

＊はい（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）

　ケ　食べ方で気になることはありますか

＊　食べこぼしがある　　＊　咀嚼の力が弱い　　＊　硬いものが食べにくい

＊　鼻から食べ物がもれる　　＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（７）　排泄について

　ア　排尿：＊おむつ　＊時間をみてつれていく　＊教える　　＊自分でできる

イ　排便：＊おむつ　＊時間をみてつれていく　＊教えるが、時々失敗する

＊自分で行く　後始末（できる　・　できない　）

ウ　便秘になりやすいですか？　（　はい　・　いいえ　）

エ　下剤を使いますか？（ はい 薬品名　：　　 　　　　　いいえ　）

（８）　着脱について

　ア　脱ぎ着は一人でできますか？　　　　（　 はい　・　いいえ　）

　　 ＊ 上衣（ 着れる・脱げる・介助 ） ＊ 下衣（ 着れる・脱げる・介助 ）

　　　＊ 手伝うと逃げる　　＊ 全部、脱ぎ着を介助している

イ　ボタン、スナップ、ファスナーはできますか？（　はい　・　いいえ　）

（９）　その他

ア　動き　（　気になる　・　気にならない　）

＊　動きがゆっくりすぎる　　　　＊　落ち着きがない

＊　めまぐるしく動きまわる　　　＊　目つきがきょろきょろする

＊　開放すると一目散にかけだす ＊　その他　（　　　　　　　　　　　　　　）

イ　対人関係　（　気になる　・　気にならない　）

＊　人をさける　　　　　 ＊　人に対して警戒心がなさすぎる

＊　注意をひきたがる　　　＊　視線を外す　　　　＊　目が合いにくい

ウ　睡眠

＊よく眠る　　　＊寝つきが悪い　　＊寝起きが悪い　　＊いびきをかく

＊目をさましやすい　　＊睡眠中に突然泣き出す

＊その他（　　　　　　　　　　　　　　）

エ　くせ等

＊何でもなめたりかじったりする　 　　＊首ふりをする　　＊爪をかむ

＊奇声をあげる　　＊異常にまばたきをする 　 　＊指しゃぶり

＊癇癪がひどい　　＊自分の頭を物にぶつける　　＊自分の身体をかむ

＊自分の身体などをひっかく　　＊いつも手を目の前で動かしたり、かざしたりする

＊物の置き場所、生活の順序などに自分なりの決まり事がある

＊特定のことに執着する　　　　＊身体のどこかをいつも妙に動かしている

＊気が散りやすい　　　　　　　＊苦手な音がある

＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

8.　どちらで発達支援室のことをお知りになりましたか？

　　　＊保健福祉事務所　　＊　子育て支援センター

＊保育所　　　＊幼稚園　　　＊学校　　　＊教育委員会

＊医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊健診［６ヶ月・１歳６ヶ月・その他（　　　　　　　　　　　　　　）］

＊きらきら　　　　＊こども家庭センター ＊　障害福祉課　　＊　児童相談所

＊ホームページ　 ＊　知人　　　　＊その他（　　　　　　　　　　　　　　）