

相談者記入用紙

初診予約日	年 月 日	予約時間	:
記入者	母・父・その他()		

ダウンロード版

1. 本人・家族について

① 本人

名前		性別		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:	(続柄:)

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

2. 相談のきっかけ

④ 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 誰に？	自分で調べて ・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	
赤ちゃんの頃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			

⑧ 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	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	※ハイハイ、ハイハイ、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」「ブーブー」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」「ブーブーきた」など				
	歳 ヶ月	話した言葉 ()			
気になること					

⑨ 健診結果

4ヶ月児健康診査	□ 受けていない □ 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ヶ月児健康診査	□ 受けていない □ 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ヶ月児健康診査	□ 受けていない □ 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	□ 受けていない □ 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(○○○相談会・○○○広場)、○○病院(○○クリニック)、など

⑩ 集団への参加

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

5. 医療と福祉サービスについて

⑪ 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

⑫ 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	

⑬ 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

⑭ 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)

◆お子様の診察に必要な項目になりますので、ご記入に協力くださいますようお願い致します。

奈良県総合リハビリテーションセンター 小児科
2023.3.1作成