

初回相談問診票

東部地域療育センターぽけっと

お子さんのことを理解するために大切な情報です。以下の欄にご記入ください。

なお、ご記入頂いた内容を保護者の方の了解なく当センター以外で使用することはありません。

| | | | | | | | | |
|---|-----|------|-----------|---|---------------------|------|---|----|
| お子さんのお名前 | | 性別 | 生年月日 | | | | | |
| ふりがな | | 男・女 | 20 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 力月 |
| | | | (| | | | | |
| ご住所 〒 _____ | | | | | | | | |
| 名古屋市 千種・守山・名東 その他(_____) 区 | | | | | | | | |
| ご連絡先 | | | | | | | | |
| 自宅 | | | — | | | — | | |
| 携帯電話(持ち主 _____) | | | — | | | — | | |
| 本日のご相談内容 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 紹介されたところ | | | | | 本日いらした方 | | | |
| (_____) 保健所 (_____) 病院 (_____) | | | | | 父 母 きょうだい (_____) | | | |
| 知人 家族 その他(_____) | | | | | 祖父 祖母 その他(_____) | | | |
| 当センターまでの交通手段 | | | | | | | | |
| 自家用車 祖父母などの送迎 バス 電車 自転車 徒歩 その他(_____) | | | | | | | | |
| 所要時間 約(_____)分 | | | | | | | | |
| 同居のご家族 | | | | | | | | |
| 続柄 | お名前 | 生年月日 | 職業・学校名・園名 | | | 健康状態 | | |
| 本人 | | | | | | 良・否 | | |
| | | | | | | 良・否 | | |
| | | | | | | 良・否 | | |
| | | | | | | 良・否 | | |
| | | | | | | 良・否 | | |
| | | | | | | 良・否 | | |
| | | | | | | 良・否 | | |

郵送不可 郵送可：上記住所 郵送可：別住所(_____)

○お子さんについて教えてください。

| | | | |
|-------------|-----|----------------------|-------|
| あやすと笑いましたか | はい（ | カ月頃） | ・ いいえ |
| 視線は合いましたか | ふつう | ・ 合いにくかった | |
| 人見知りで泣きましたか | はい（ | カ月頃） | ・ いいえ |
| 抱っこは | ふつう | ・ 抱きにくかった（そり返りが強かった） | |
| 言葉の出始め | （ | カ月） | ・ いいえ |

○乳幼児健診について

| | | |
|--------|------------|---|
| 1カ月健診 | 指摘無し・あり（内容 | ） |
| 3カ月健診 | 指摘無し・あり（内容 | ） |
| 9カ月健診 | 指摘無し・あり（内容 | ） |
| 1歳半健診 | 指摘無し・あり（内容 | ） |
| その他の健診 | 指摘無し・あり（内容 | ） |

○これまでに受けた発育や発達の相談

| 年月日 | 受けた場所 | 相談内容 |
|-----|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

○今までにかかった主な病気

| | |
|------------------------------------|---|
| 例)熱性けいれん等：なし・あり（ | ） |
| 大きなケガ：なし・あり（ | ） |
| 手術：なし・あり（ | ） |
| 現在治療中の病気：なし・あり（ | ） |
| ご家族やご親戚に次の方はおられますか？ | |
| 結核・熱性けいれん・てんかん・発達障害・知的障害・精神疾患・その他（ | ） |

○受けられているサービス 例) 訪問診療・訪問介護・デイサービスの通所等

| 事業所名 | 頻度 | 内容 |
|------|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

