|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　まだ・ 　 ヶ月　②ねがえり　　　　　まだ・ ヶ月　③おすわり　　　　　まだ・　　　　　ヶ月　④つかまり立ち　　　まだ・　　　　　ヶ月　⑤這い這い　　　　　まだ・　　　　　ヶ月⑥伝い歩き　　　　　まだ・　　　　　ヶ月⑦ひとり歩き　　　　まだ・　　　　　ヶ月⑧その他 |
| 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 |  |  |

相談問診票 兼 外来機能訓練・相談事業参加申込書　　令和　　年　　月　　日　記入者:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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やビデオ、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