

区記入欄	相談日	
	担当	

初回相談 申込票

記入日 年 月 日

ふりがな お子さんの氏名		性別 男・女	年齢 歳 か月	生年月日 年 月 日
住所	〒 (建物名・部屋番号まで省略せず記入) 杉並区			
電話番号	自宅		所属	子供園・幼稚園・保育園
	携帯(続柄)	()		
紹介機関				

ご家族の氏名	続柄	年齢	同居 別居	世帯主 (○)	職業・在籍	備考	区記入欄
			同・別				
			同・別				
			同・別				
			同・別				
			同・別				

相談内容	お子さんについて気になることや心配していること、相談に至った経緯を記入してください。
------	--

出産前から乳幼児期の状況について ※以下の項目については、差し支えない範囲でご記入ください。
当てはまる項目がある場合、項目を○で囲むか、空欄への記入をお願いします。

《出産前の経過》 切迫流産・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群 その他：	《出産後のお子さんの様子》 新生児仮死・黄疸・一過性多呼吸 新生児聴力検査（自動 ABR・OAE）右（パス・リファアー） 左（パス・リファアー）
《分娩経過》 経膈分娩・帝王切開 出産した病院（ ）	出産日： 年 月 日 予定日： 年 月 日 在胎： 週 日 体重 g
《発達経過》 首の座り（ か月） 寝返り（ か月） お座り（ か月） はいはい（ か月） つかまり立ち（ か月） ひとり歩き（ か月） 呼名に振り返る（ か月～） 人見知り（ か月） 指さしをする（ か月～） 始語（ 歳 か月） 二語文（ 歳 か月） 文章で話す（ 歳 か月）	

乳幼児健診での状況について

	4 か月	6・7 か月	9・10 か月	1 歳 6 か月	3 歳
受診状況	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未
相談したこと					

育児をしていて気になったこと・心配なことについて

お子さんが 2 歳未満 の場合には、現在の行動についてお答えください。

お子さんが 2 歳以上 の場合には、2 歳までの行動についてお答えください。

☐ 人見知り・後追いをしない	☐ うつぶせになることを嫌がる
☐ 動作の模倣が少ない	☐ 育てやすく大人しい
☐ 大人が指差したものを見ない	☐ かんしゃくが激しい
☐ 名前を呼んでも振り向かない	☐ 食事について（具体的に：_____）
☐ 視線が合わない	☐ 睡眠について（具体的に：_____）
☐ 抱かれることを嫌がる	☐ 運動について（具体的に：_____）
☐ 指さしをしない	☐ その他（具体的に：_____）

現在の状況について ※該当する項目にご記入ください。

診断名 (病名など)	医療機関名：		
	診断日：_____ 年 _____ 月 _____ 日		
心理検査など	検査名：_____	実施日：_____ 年 _____ 月 _____ 日	
	実施機関名：_____		
	検査結果（数値など）：_____		
入院歴	なし・あり（“あり”の場合は、期間等をご記入ください） [_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月 理由：_____] [_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月 理由：_____]		
服薬の有無	なし・あり⇒種類：_____	かかりつけ医	_____
アレルギー	なし・あり⇒種類：_____	痙攣の既往	なし・あり⇒時期：_____
補装具	なし・あり⇒種類：_____		
手帳取得の有無	なし・あり⇒愛の手帳（_____ 度） 精神障害者保健福祉手帳（_____ 級） 身体障害者手帳（_____ 種 _____ 級 障害種別：_____）		

療育機関の利用について

療育機関名	_____	
利用時期	_____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで	_____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
利用頻度	_____	

個人情報について：個人情報の保護に関する法律及び杉並区個人情報の保護に関する条例に基づいて厳正に管理いたします。

相談後について：継続的な支援が必要な場合は、お子さんの様子に応じた支援機関をご案内します。

杉並区天沼 3-19-16 ウェルファーム杉並 4 階

児童発達相談係 電話 03-5335-7634