相談票

裏面あり

子ども部会共通シート

初回記入日：　　年　　月　　日

更新記入日：　　年　　月　　日

更新記入日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | （男・女） | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 西暦 年 月 日 | | | | |
| 本人氏名 | | （　　　歳　　　ヶ月） | | | | |
| 記入者 | | （続柄　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 来談経緯 | | １ 紹介（機関名・　　　　　担当者：　　）　２ 調べて（ ）  ３ その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他機関相談 | | 無 ・ 有 | | | | | 保健センター・レスポーいなぎ・幼稚園保育園・医療機関・他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 発達検査 | | 無 ・ 有 | | | | | 年　 月 日（機関：　　　　　）（検査の種類　　　　　　）  年　 月 日（機関：　　　　　）（検査の種類　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | | 稲城市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | 自宅 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 携帯 | （続柄　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （続柄　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属園・学校等 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 学年等 | |  | |
| 診断 | | | 無 ・ 有 | | | | | | | | 診断名（　　　　　　　　）医療機関（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| アレルギー | | | 無 ・ 有 | | | | | | | | （アレルゲン： ） | | | | | | | | | | |
| 発作 | | | 無 ・ 有 | | | | | | | | （頻度：　　　　　　）（きっかけ： ） | | | | | | | | | | |
| 服薬 | | | 無 ・ 有 | | | | | | | | （薬の種類： ） | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | | | 無 ・ 有 | | | | | | | | 療育（愛） ・ 身体障害 ・ 精神障害 （　　 級・度） | | | | | | | | | | |
| 障害サービス受給者証 | | | 無 ・ 有 ・申請中 | | | | | | | | | | （上限日数　　　　　　日） | | | | | | | | |
| 同居家族構成 | 氏名 | | | | 続柄 | | | 年齢 | | 職業・学校等 | | | | 氏名 | | | 続柄 | | 年齢 | | 職業・学校等 |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
| 生育歴 | 妊娠時の異常 | | | | | | | | 無 ・ 有（中毒症・感染症・その他： ） | | | | | | | | | | | | |
| 在胎（　　　週） | | | | | | | | | | | 出生時体重（　　　　ｇ） | | | | 新生児聴力検査（ABR）済・未 | | | | | |
| 指さし（　　歳　ヶ月頃） | | | | | | | | | | | 始語（　　歳　ヶ月頃） | | | | 二語文（　　歳　ヶ月頃） | | | | | |
| 会話（　歳　ヶ月頃） | | | | | | | | | | | 首すわり（　　　ヶ月頃） | | | | おすわり（　　　ヶ月頃） | | | | | |
| ハイハイ（　　　ヶ月頃） | | | | | | | | | | | つかまり立ち（　　ヶ月頃） | | | | 一人歩き（　　　ヶ月頃） | | | | | |
| 健診 | １歳６か月健診 | | | | | 未 ・ 受（指摘事項 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３歳児 | | | | | 未 ・ 受（指摘事項 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス希望 | 児童発達支援　・　放課後等デイサービス　・　保育所等訪問支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望曜日 | | | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 祝 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送迎 | | | 無 ・ 希望（乗降場所 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他希望 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【児童の状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 趣味  好きな遊び |  |
| 気になる事・苦手な事・  困っている事 |  |
| 食事 | □全介助　□部分介助　□ほぼ自立　□自立 |
| 排泄 | □全介助　□部分介助　□ほぼ自立　□自立 |
| 移動 | □飛び出しや衝動性があり全く目が離せない  □外出時は常に手をつないでいる  □外出時、手はつながないが、声掛け等は必要で目が離せない  □1人での外出はさせていないが外出時に特に問題はない  □近くの決まった場所であれば一人で行ける  □近所も店で買い物ができる  その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| コミュニケーション | □対人関係をほとんど保てない  □家族や特定の人とは保てる  □友達関係が少しは保てる  □対人関係がある程度保てる  その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動面 | 歩行障害　□有　　□無  現在の移動能力　□普通に歩ける  　　　　　　　　□不安定ながら何とか歩ける  　　　　　　　　□一人で移動困難（□伝い歩き　□はいはい  □座位可能　□座位不可）  その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 言語面 | ことばの遅れ　□有　　□無  現在の発語　□有意語なし（発音なし・喃語）  　　　　　　□単語レベル（単語数など　　　　　　　）  　　　　　　□２語文程度  　　　　　　□３語文以上  その他の特性（発音不明瞭など）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |