

相談票

ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日	
本人氏名	(男・女)			(	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・レスポーンなど・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)						
	Mail	(続柄)						
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】

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