

記入日 令和 年 月 日

児童発達支援センター ぱお 相談申込書

記入者 氏名: _____

※ 記入できる範囲で構いません 裏面もありますのでご記入ください

| | | | |
|------------------------------|---------|------|------------------|
| ふりがな 児童氏名 | (□男 □女) | 生年月日 | □令和 □平成 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | 電話 | (自宅) |
| | | | (携帯) |
| | | | (携帯) |
| 現在の所属機関 (幼稚園、保育園、学校、施設など) | | | |

① 家族構成(上記児童を除く)

| ふりがな 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業・所属(会社・学校名) | 家族の健康状態 |
|------------|----|------|---------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

② 相談したいこと

③ 現在、気になる行動 … あてはまるものがあれば☑をご記入ください

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 性器いじり <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 乗り物酔い <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 睡眠リズムの乱れ <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 集団行動が苦手 <input type="checkbox"/> その他() |
|---|

④ 医療機関受診状況 これまでかかった大きな病気やケガが…なし あり:下欄に詳細をご記入下さい

| 疾病・診断名(年齢) | 病院名 | 主治医 | 通院頻度 | 治療・服薬(薬名) |
|-------------|--------|-----|------|-----------|
| 例:ぜんそく(3歳~) | Aクリニック | B医師 | 月1回 | 朝夕服薬(C錠) |

⑤ 発達に関する相談歴(医療、療育、教育相談など)

| 相談先(担当者) | 相談していた時期 | 相談内容 |
|----------|----------|------|
| | | |

⑥ 発達検査、知能検査実施歴 … なし

あり:下欄に概要をご記入ください

最新の結果について報告書があれば来所時にご持参ください

| | |
|-------|---|
| 実施年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日(歳 ヶ月時) |
| 実施機関 | |
| 検査種別 | <input type="checkbox"/> 新版K式発達検査 <input type="checkbox"/> WPPSI-III <input type="checkbox"/> WISC-IV <input type="checkbox"/> 田中ビネー知能検査 <input type="checkbox"/> その他() |
| 結果 | |

⑦ 計測値 ※ 最近の計測値をご記入ください

| | |
|-------------|-------------------------|
| 体重 _____ kg | 身長 _____ cm (令和 年 月現在) |
|-------------|-------------------------|

⑧ 生活の流れ

※ 起床や昼寝時間・食事時間・服薬時間など、一日の流れをご記入ください

| 起床 | 朝食 | 昼食 | (昼寝 ~) | 夕食 | 就寝 |
|----|----|----|---------|----|----|
| | | | | | |

※ 降園後・下校後の習い事や利用中のサービスなど、一週間の流れをご記入ください

| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

別紙 2

⑨ 手帳取得状況 … なし あり:下欄に詳細をご記入ください

| 種別 | 等級 | 交付年月日 |
|--------------------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 愛の手帳 | <input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 3度 <input type="checkbox"/> 4度 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | (級) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 | (級) | 年 月 日 |

⑩ 受給者証取得状況 … なし あり:下欄に詳細をご記入ください

| | |
|----------|---------|
| 計画相談事業所 | (担当者:) |
| 利用中のサービス | |

⑪ これまでの経緯 ※ 母子手帳などを参考にしながらご記入ください

| | |
|------------------|---|
| 妊 娠 中 | ・健康状態 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常) ・特記事項 _____ |
| 分 娩 時 | ・分娩 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常) ・在胎週数 (___ 週 ___ 日) ・仮死 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ・出生体重 _____ g 身長 _____ cm 胸囲 _____ cm 頭囲 _____ cm ・特記事項 _____ ・分娩医療機関 |
| 新 生 児 期 | ・退院 _____ 日目 _____ g ・黄疸 (<input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強) ・特記事項 _____ |
| 乳 幼 児 期 | ・あやすと笑う _____ 歳 _____ 月 ・首のすわり _____ 歳 _____ 月 ・ハイハイ _____ 歳 _____ 月 ・独歩 _____ 歳 _____ 月 ・単語 _____ 歳 _____ 月 (例: _____) ・集団への所属 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:下欄に詳細をご記入ください) _____ 歳 _____ 月~ (_____ <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> その他) ・集団の中での特別な支援や配慮 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: _____) ・好きな遊び _____ ・苦手なこと _____ ・その他気になること _____ |

別紙 2

| | |
|-------------|--|
| 小 学 校 | <p>・学校名 (_____ 学校)</p> <p>・小学校での特別な支援や配慮 ※ 港区立小学校の場合 <input type="checkbox"/> 通常の学級… <input type="checkbox"/> 通級指導学級(言語・聴覚) <input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 学習支援員 <input type="checkbox"/> 介助員 <input type="checkbox"/> 特別支援学級</p> <p><input type="checkbox"/> その他…(_____)</p> <p>・学童保育の利用 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:施設名 _____)</p> <p>・学業成績 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不振) ・好きな教科(_____) ・苦手な教科(_____)</p> <p>・好きな遊び _____</p> <p>・苦手なこと _____</p> <p>・友人関係で気になること _____</p> <p>・生活面で気になること _____</p> <p>・その他で気になること _____</p> |
| 中 学 校 | <p>・学校名 (_____ 学校)</p> <p>・中学校での特別な支援や配慮 ※ 港区立中学校の場合 <input type="checkbox"/> 通常の学級… <input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 学習支援員 <input type="checkbox"/> 介助員 <input type="checkbox"/> 特別支援学級… <input type="checkbox"/> 知的障害学級 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害学級</p> <p><input type="checkbox"/> その他…(_____)</p> <p>・学業成績 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不振) ・好きな教科(_____) ・苦手な教科(_____)</p> <p>・好きな遊び _____</p> <p>・苦手なこと _____</p> <p>・友人関係で気になること _____</p> <p>・生活面で気になること _____</p> <p>・その他で気になること _____</p> |