

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】

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、手はつながらないが、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） ()