

初回相談 申込票

令和 年 月 日記入

ふりがな		性別	年 齢	生年月日		
お子さんの氏名			歳 ヶ月	年 月 日		
住所	〒 杉並区 (建物名・部屋番号まで省略せず記入)					
連絡先	連絡先①		連絡先②			
在 籍 (園・学校等)			年 組	担任	先生	
特別支援教室	無 ・ 有 ・ R 年 月から利用 (教室)		学童			
紹介機関						
家 族	氏名	続柄	年齢	世帯主 (○)	職業・在籍	備考
家 庭	《困っていること・気になること》					
園 ・ 学 校	《困っていること・気になること》					

出生時の様子	出生時身長		cm	出生時体重		g
	妊娠週数		週 日	妊娠出生時の問題 無 ・ 有		
	《特記事項》					
発育の様子	首のすわり			寝返り		
	おすわり			はいはい		
	つかまり立ち			歩き始め		
	指さし			初 語		
	《特記事項》					
1歳6ヶ月児健康診査		健康・要観察 ()				
3歳児健康診査		健康・要観察 ()				
育児をしていて 気になったこと		<input type="checkbox"/> 視線が合わなかった <input type="checkbox"/> 人見知りをしなかった <input type="checkbox"/> 後追いしなかった <input type="checkbox"/> 動作の模倣が少なかった <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かなかった <input type="checkbox"/> 大人が指したものを見なかった <input type="checkbox"/> 抱かれることを嫌がった <input type="checkbox"/> 落ち着きがなかった <input type="checkbox"/> 昼寝をしない、眠りが浅い、夜泣きなどがあった <input type="checkbox"/> 育てやすくおとなしかった <input type="checkbox"/> かんしゃくがひどかった <input type="checkbox"/> 指示を理解していないように感じるがあった <input type="checkbox"/> その他 ()				

診断名			
診断を受けた 医療機関名		初診	年 月 日
通院頻度		診断日	年 月 日
服 薬	無 ・ 有 処方薬()		
その他健康状態	(持病・てんかんの有無等)		
心理検査	検査名 検査結果 (数値)	実施日	機関名
相談機関	保健センター ・ 特別支援教育課 ・ 子ども家庭支援センター 済美教育センター ・ スクールカウンセラー その他()		
療 育			

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。