

相談受付アンケート（0歳～3歳未満 用）

記入日：令和 年 月 日

記入者：父・母・祖父母・その他（ ）

今後の経過を検討する為、該当箇所の母子手帳をコピー致します。当日忘れずにご持参ください。

フリガナ		男 ・ 女		
お子さんのお名前		生年月日		
		平成	年	（ 月 日 歳 か月）
ご住所	〒 —			
	北区			
電話番号(連絡がとれる時間帯(: ~ :))		左記以外の連絡先		
(父・母・自宅・その他)		(父・母・自宅・その他)		

1. どのような心配がありますか？次の項目の中で、あてはまるもの全て選んでください。

<input type="checkbox"/> なんとなく育てにくい	<input type="checkbox"/> じっとしていない	<input type="checkbox"/> 反応が乏しい
<input type="checkbox"/> 笑わない	<input type="checkbox"/> 音に反応しない	<input type="checkbox"/> 落ち着きがなく対応が難しい
<input type="checkbox"/> 言葉が遅い(喃語が無い)	<input type="checkbox"/> 理解は良いのに言葉の数が増えない	<input type="checkbox"/> 発音が気になる
<input type="checkbox"/> 寝ない・寝過ぎる	<input type="checkbox"/> 偏食が強い	<input type="checkbox"/> 体の使い方や手先が不器用
<input type="checkbox"/> 強い癖やこだわりがある	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

・様子を詳しくご記入ください。気になり始めた時期（ ）

・当センターでの相談を希望した理由や、要望などについてご記入ください。

2. これまでに相談された機関や所属先、かかりつけ医について

機関名		時期	内容や目的、担当者など
健康 支 援 セ ン			
児 童 館			
保 育 園			
療 育			
機 関 の 教 育 他			
か か り つ け 医	診療科：		
	診療科：		
医 療 機 関 の 他	診療科：		
	診療科：		
	診療科：		

・発達検査（心理テスト）などを受けたことがあればご記入ください

機関名	時期	目的や検査名（分かれば）

※検査結果のコピーがあれば、初回相談の際にお持ちください。

3. 妊娠中、以下の異常を指摘されたことはあればチェックを入れてください。

- 切迫早産 妊娠高血圧 妊娠糖尿病 その他の妊娠中の病気（ ）
 妊娠中薬物使用（ ） アルコール（量： 休肝日：有・無）
 喫煙（1日の量： ） その他（ ）

4. 出生時について（母子手帳もコピー致します。）

- 分娩場所（ ）
 在胎（ ）週（ ）日 体重（ ）g 身長（ ）cm
 分娩の異常： なし あり（内容： ）

5. 発達の様子について（母子手帳もコピー致します。）

首すわり（ ）か月 寝返り（ ）か月 お座り（ ）か月 はいはい（ ）か月
伝い歩き（ ）か月 一人歩き（ ）か月
初めてことばを言う（ ）歳（ ）か月 ことばの例（ ）
2語文を話す（ ）歳（ ）か月 2語文の例（ ）

・1歳頃までに気になったことはありましたか。

[]

・1歳6か月児健診（受けた・受けなかった） 心理相談（受けた・受けなかった）

※指摘や助言についてご記入ください

[]

・お子さんがこれまでにかかった体の病気や、今かかっている病気について教えてください。

[]

6. お子さんの生活について

① 睡眠

・起床時間（ ）：（ ）頃 ・お昼寝（ ）：（ ）～（ ）：（ ）頃 ・就寝時間（ ）：（ ）頃
・睡眠について、気になる事があればご記入ください。

② 食事について

食事の立ち歩き（ 多い ・ 少ない ・ ない ）

食事に集中（している ・ していない（テレビや動画など）

偏食（ あり ・ なし ） 食欲のムラ（ あり ・ なし ）

身長（ ）cm 体重（ ）kg （R . 月 日時点）

※偏食やムラについて、詳しくご記入ください

[]

・だいたい何時頃に誰と食べますか。

朝（ ）：（ ）頃 （ ）と。

昼（ ）：（ ）頃 （ ）と。

夜（ ）：（ ）頃 （ ）と。

・食事について、気になる事があればご記入ください。

[]

③ 排泄について、気になる事があればご記入ください。

[]

④ 感覚(音、光、触覚、味覚、嗅覚、温度、痛覚など)について、気になる事があればご記入ください。

[]

⑤ 休日の過ごし方について教えてください。

[]

7. ご家族についてご記入ください。

続柄	フリガナ 氏名	生年月日	ご職業または所属
父	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
		健康状態	
母	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
		健康状態	
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
父方 祖父母	氏名	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)
	(同居・別居)		
母方 祖父母	氏名	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)
	(同居・別居)		

8. その他、何か気になることがございましたらご記入ください。

[Empty space for handwritten notes]

ご記入ありがとうございました。

備考欄(職員記入)

初回面接日時 (R 年 月 日) 対応職員 ()