

相談申込票

令和 年 月 日 (ID:)

ふりがな							
氏名	西暦 年 月 日 (歳)						
住所	〒						
日中連絡のつく電話番号	緊急連絡先 続柄:						
相談内容 (できるだけ具体的に)							
<p>今までに、上記のことで相談ないし治療にいかれたところがあれば、ご記入ください 例) ×年×月～×年×月 ××病院</p>							
ご家族についてお答えください							
続柄	名前	年齢	居住区分	続柄	名前	年齢	居住区分
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
生活習慣についてお答えください							
睡眠 (良好 ・ 普通 ・ 不良)							
食欲 (良好 ・ 普通 ・ 食べられない ・ 食べ過ぎる)							
たばこ (吸わない ・ 吸う (1日平均 本 約 年間))							
アルコール (全く飲まない ・ たまに飲む ・ 毎日飲む (量))							
服薬中の薬 ()							
当センターをどのようにお知りになりましたか							
インターネット ・ ポスターを見て ・ 講演会 ・ 他機関からの紹介 ・ 知人からの紹介							
その他 ()							
来所可能な日時							
月 火 水 木 金							
希望時間帯:							

成長の様子

令和 年 月 日 記入者：

○妊娠中の経過 異常なし ・ 異常あり ()

○出生時体重 _____g (在胎 _____週)

○お子さんが産まれてすぐ (1週間くらい) の状態

異常なし ・ 異常あり (仮死状態 ・ 呼吸器疾患 ・ 強い黄疸 ・ その他 ())

首のすわり _____ か月

歩き始め _____ 歳 _____ か月

言葉のはじまり _____ 歳 _____ か月

1歳6か月検診 指摘なし ・ 相談 → ()

3歳児検診 指摘なし ・ 相談 → ()

○集団生活での様子について

	気になること/気になっていたこと
保育施設・幼稚園	
小学校 (現在の学年：)	
中学校 (現在の学年：)	
高等学校 (現在の学年：)	

○現在のご様子について

得意なこと	
不得意なこと	
行動上の問題について 気になること	