

(保護者記入)

(クリニック記入欄)			
受付日:令和	年	月	日
患者番号:			

### みゆきクリニック 発達支援外来予約申込書

記入日:令和 年 月 日

お子様のお名前	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生まれ ( 歳 ヶ月)
記入者のお名前	(フリガナ)	〒 —
連絡先	— — (続柄)	メールアドレス (英数・大文字・小文字などが分かるように記入して下さい) _____ _____ _____
<b>家族構成</b> 家族 : 年齢・職業・持病等 父 : 母 : 本人 :		※ジェノグラム <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>
<b>生育歴</b> (胎児期・出生時の様子について)		
・妊娠中の異常 ( ) ・分娩場所 ( ) ・在胎時期 週 日 ・出生体重 g ・身長 cm ・分娩状況 <input type="checkbox"/> 誘発剤使用 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・分娩時の異常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・授乳方法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・卒乳時期 歳 ヶ月		
(乳幼児期の発達について)		
・首のすわり 歳 ヶ月 ・寝返り 歳 ヶ月 ・座位 歳 ヶ月 ・はいはい 歳 ヶ月 ・伝い歩き 歳 ヶ月 ・1人歩き 歳 ヶ月 ・指差し 歳 ヶ月 ・人見知り 歳 ヶ月 ・後追い 歳 ヶ月 ・初語 歳 ヶ月 ・二語文 歳 ヶ月		

1 受診の申込をされた最初のきっかけに☑をつけてください。

保護者の希望       保健師からの勧め       通園先からの勧め       その他 ( )

2 受診を希望された理由について○を(複数回答可)、また1番の理由には(◎)をつけてください。

( ) 療育・訓練を受けたい      ( ) 療育・訓練が必要かを知りたい      ( ) 状態を知りたい  
( ) 対応の方法を知りたい      ( ) その他 ( )

3 受診の申込をされるまでの経過を具体的にお書きください。

(例:2歳ごろから言葉が出ないことが気になり、保健師に相談し、相談会に案内された。)

・ いつ頃から : \_\_\_\_\_  
・ 気になること : \_\_\_\_\_  
・ 相談相手: : \_\_\_\_\_  
・ 受けた対応 : \_\_\_\_\_

4 これまでの健診の様子について☑をつけ、「指摘あり」の場合はその具体的な内容をお書きください。

・ 乳児健診 :  指摘なし ・  指摘あり ( )  
・ 1歳半健診 :  指摘なし ・  指摘あり ( )  
・ 2歳半健診 :  指摘なし ・  指摘あり ( )  
・ 3歳半健診 :  指摘なし ・  指摘あり ( )  
・ その他の時期 :  指摘なし ・  指摘あり ( )

5 現在を含めた保育歴についてお書きください。

・ 保育歴 (  なし ・  あり ) ※「あり」の方は下記の項目についてお書きください。

・ ( )  保育園  幼稚園  こども園  
歳 ヶ月 ~ 歳 ヶ月 ( 支援 :  なし ・  あり ・  不明 )  
・ ( )  保育園  幼稚園  こども園  
歳 ヶ月 ~ 歳 ヶ月 ( 支援 :  なし ・  あり ・  不明 )

6 今までに利用したことのある、発達に関わる医療機関やサービスに☑をつけ、項目についてお書きください。

医療機関 [ 機関名 : \_\_\_\_\_ 期間 : \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月 ~ \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月まで ]  
内容 :  医師  PT  OT  ST  心理  その他 ( )

児童発達支援事業 [ 事業所名: \_\_\_\_\_ 期間 : \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月 ~ \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月まで ]  
 市町村の相談会       市町村の親子教室       外来保育       施設支援       保育所等訪問支援  
 発達障がい者支援専門員等派遣       その他 ( )

7 お子様のこれまでの様子について、当てはまるものに☐を入れてください。

乳児期(生まれてから1歳まで)

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい | <input type="checkbox"/> 人見知りがない       | <input type="checkbox"/> 人見知りが激しい      |
| <input type="checkbox"/> 一人遊びを好む  | <input type="checkbox"/> 後追いがない        | <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かない |
| <input type="checkbox"/> 表情が少ない   | <input type="checkbox"/> 離乳食を嫌がる       | <input type="checkbox"/> 運動発達の遅れ       |
| <input type="checkbox"/> 抱っこを嫌がる  | <input type="checkbox"/> 親のまねをしない      |  |
| <input type="checkbox"/> 睡眠の問題    | <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い        | <input type="checkbox"/> よく目を覚ます       |
|                                   |  | <input type="checkbox"/> 夜泣きが激しい       |
| <input type="checkbox"/> その他      | <input type="checkbox"/> その他 : _____ ) |  |

幼児期 前期(1歳から3歳の誕生日まで)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい                                 | <input type="checkbox"/> 表情が少ない        | <input type="checkbox"/> 欲しいもの、興味があるものに指差ししない           |
| <input type="checkbox"/> 言われたことがわからない                             | <input type="checkbox"/> かんしゃくが多い      | <input type="checkbox"/> 言葉が遅い (話し始め: _____ 歳 _____ ヶ月) |
| <input type="checkbox"/> こだわりやマイルールが強い                            | <input type="checkbox"/> 他の子どもには興味がない  | <input type="checkbox"/> ごっこ遊びをしない                      |
| <input type="checkbox"/> 興味関心が偏っている                               | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない       | <input type="checkbox"/> 手をつないで歩けない                     |
| <input type="checkbox"/> 偏食が激しい                                   | <input type="checkbox"/> 好きなものを親に見せない  | <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かないことが多い             |
| <input type="checkbox"/> 親のしている物や方向を見ない                           | <input type="checkbox"/> 親のまねをしない      |   |
| <input type="checkbox"/> 睡眠の問題                                    | <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い        | <input type="checkbox"/> よく目を覚ます                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> 夜泣きが激しい                        |
| <input type="checkbox"/> テレビや動画などをずっと見ている (何を: _____ 1日 _____ 時間) | <input type="checkbox"/> その他 : _____ ) |   |
| <input type="checkbox"/> その他                                      |  |   |

幼児期 後期(3歳から就学前まで)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 言葉が遅い                                    | <input type="checkbox"/> 会話のやり取りができない    | <input type="checkbox"/> 発音が不明瞭                |
| <input type="checkbox"/> どもる                                      | <input type="checkbox"/> かんしゃくが多い        | <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かないことが多い    |
| <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい                                 | <input type="checkbox"/> 気持ちや行動の切り替えが難しい | <input type="checkbox"/> こだわりやマイルールが強い         |
| <input type="checkbox"/> 偏食が激しい                                   | <input type="checkbox"/> ごっこ遊びをしない       | <input type="checkbox"/> 興味関心が偏っている            |
| <input type="checkbox"/> 初めての場所や人に慣れにくい                           | <input type="checkbox"/> 集団行動が難しい        | <input type="checkbox"/> 同年代の子と上手に遊べない、1人遊びを好む |
| <input type="checkbox"/> 友達とのけんかやトラブルが多い                          | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない         | <input type="checkbox"/> 迷子になりやすい              |
| <input type="checkbox"/> トイレトレーニングが難しい                            | <input type="checkbox"/> 親のまねをしない        |  |
| <input type="checkbox"/> 睡眠の問題                                    | <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い          | <input type="checkbox"/> よく目を覚ます               |
|   |  | <input type="checkbox"/> 夜泣きが激しい               |
| <input type="checkbox"/> テレビや動画などをずっと見ている (何を: _____ 1日 _____ 時間) | <input type="checkbox"/> その他 : _____ )   |  |
| <input type="checkbox"/> その他                                      |  |  |

下記の内容について、同意した上でご署名ください。

- 本用紙をみゆきクリニックへ提出いたします。
- 必要に応じて、当センターと紹介機関とがお子様の状況や支援について情報を共有することに同意します。

令和      年      月      日      保護者氏名(自署)

お書きいただいた個人情報につきましては、本目的以外に使用いたしません。