

# 新潟市立児童発達支援センター 相談票

(あて先) 新潟市長 相談日            年      月      日

○相談にあたり、参考にさせていただきますので、以下の項目についてご記入ください。

○黒インクでお書きください。

ふりがな			
お子さんのお名前・性別	男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
在園名	_____ 園 / 未就園		
住所	〒 新潟市 区		
電話番号	① (            ) ② (            )		

相談したいことをご記入ください。

---

※以下は差し支えない範囲で、できるだけご記入願います。

	お名前	続柄	年齢	職業等
家 族 構 成				

※点線以下は記入の必要はありません。

・就園先    ・乳幼児健診/保健師    ・療育教室    ・医療機関    ・広報  
 ・知人等    ・きょうだいが利用していた    ・教育関係    ・その他(            )

台帳番号	—
------	---

係長	台帳係	担当

① 生まれた時の様子についてご記入ください。

妊娠期間 週 日 出生体重 g 身長 cm

・妊娠中～出産で特記事項があればご記入ください  
( )

② お子さんの成長について、できるようになった月数をご記入ください。

- ・首の座り ( 歳 か月) ・はいはい ( 歳 か月)
- ・ひとりすわり ( 歳 か月) ・ひとり歩き ( 歳 か月)
- ・家族と一緒にいる時に話しかけるような声を出す ( 歳 か月)
- ・バイバイ, コンニチワなどの身振りをする ( 歳 か月)
- ・ママ, ブーブーなど, 意味のある言葉を話した時期と内容  
( 歳 か月) 内容「 」

③ 健診時の様子についてご記入ください。

- ・1歳6か月児健診では, 何か指摘を受けたり, 相談をしたりしましたか?  
いいえ・はい (内容: )
- ・3歳児健診では, 何か指摘を受けたり, 相談をしたりしましたか?  
いいえ・はい (内容: )

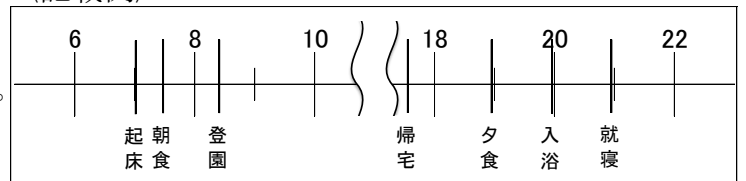
④ 次のようなことはありましたか? □に✓点をつけて, ( ) に詳しくご記入ください。

- 人見知り (時期: )
- 呼びかけた時, 呼んだ人の顔をしっかり見る (時期: )
- 大人が指さした人や物を一緒に見る (時期: )
- 自分の気持ちや要求を伝えようとする (内容: )
- 音や光, 匂い, 感触に敏感 (内容: )
- 特定の物への執着やこだわり (内容: )
- 偏食 (好き嫌いが激しい) (内容: )

⑤ お子さんの様子について教えてください。

- ・好きなこと, 好きな遊び ( )
- ・誰にどんな遊びをしてもらうときに嬉しそうですか  
( )
- ・今までかかった病気 (アレルギー・中耳炎・喘息・心臓疾患・川崎病など)  
(ない・ある) (内容: )
- ・発達や子育てについてどこかで相談をしたことがありますか  
(ない・ある) (内容: )
- ・発達に関する医療機関を受診したことがありますか  
(ない・ある) (内容: )

〈記載例〉



⑥ お子さんの一日の生活の様子をお書きください。

