

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 (西暦)	20 年 月 日 (歳 か月)
在園名	園 歳児 就園時期 年 月 /未就園		
住所	〒 新潟市 区		
電話番号	① () (父・母・自宅・その他)		
	② () (父・母・自宅・その他)		
メールアドレス	@		

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・勤務先等
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
 ・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 出生身長 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？ どのような相談でしたか？

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？ どのような相談でしたか？

いいえ・はい (内容:)

④ 次のようなことはありましたか？ ある/ないのいずれかに○をつけて () に詳しくご記入ください。

・人見知り (ある・ない) (時期:)

・呼びかけた時、呼んだ人の顔をしっかり見る(ある・ない) (時期:)

・大人が指さした人や物を一緒に見る (ある・ない) (時期:)

・自分の気持ちや要求を伝えようとする(ある・ない) (内容:)

・周囲の音や光, 匂い, 感触に敏感 (ある・ない) (内容:)

・特定の物への執着やこだわり(ある・ない) (内容:)

・偏食(～しか食べない) (ある・ない) (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, 好きな遊びはなんですか (ままごと・ブロック・お絵描き・ゲーム・動画視聴など)

()

・誰にどんな遊びをしてもらったときが嬉しそうですか

()

・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)

(ある・ない) (内容:)

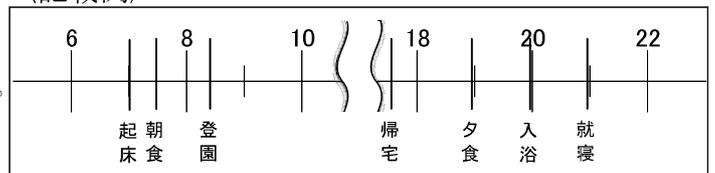
・発達や子育てについてどこかで相談をしたことがありますか

(ある・ない) (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

(ある・ない) (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。

