**発達相談室**

**相談 ／ ペアレント・トレーニング 申込書**

別紙「発達相談について」を了解した上で、相談 ／ ペアレント・トレーニング に申し込みます。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者　氏名

（本人との続柄　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）

生年月日 （西暦）　　　　　　年　　　月　　　日生 （　　　　歳　　　　ヶ月　）

現在の所属： 　在宅　・　保育園 ・　　幼稚園　・　療育機関

学校　（　通常級　　通級　　特別支援級　　特別支援校　）

　　　　　　福祉施設　・　就労　・　その他（　　　　　　　　　　　）

所属先名 (学 年 　　　年)

住　所 〒　　　　　　　　　　世田谷区

　　　　 ※当相談室からの郵便物は「相談室」の名入りの封筒で送付してよい（ 可 ・ 否 ）

電話番号：自 宅 FAX番号

　　　　　※当相談室から連絡する際に「相談室」と名乗ってよい（ 可 ・ 否 ）

その他の連絡先（携帯電話など）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（父・母・その他　　　　）

来所のきっかけ：紹介（紹介者：　　　　　　　　　） ・ 区報 ・チラシ ・HP ・その他（　　　　　　　）

1:家族構成

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 同居別 | 職業・学年など | 備考 |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |

2:学歴・職業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 年　齢 | 所属（保育園・幼稚園・学校・職業等） | 備　　考 |
| / / | 歳　　ｹ月 |  |  |
| / / | 歳　　ｹ月 |  |  |
| / / | 歳　　ｹ月 |  |  |
| / / | 歳　　ｹ月 |  |  |
| / / | 歳　　ｹ月 |  |  |

3:他機関や病院等での相談、診断、判定など（受けたことのある方のみ）

＊各種心理検査・知能検査等の結果（わかる範囲で詳しく）についても、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 年　齢 | 機関名  病院名 | 担当者 | 心理検査等の有無 | 検査内容・結果等 | 診断名 |
| / / | 歳　ｹ月 |  |  | 有・無 |  |  |
| / / | 歳　ｹ月 |  |  | 有・無 |  |  |
| / / | 歳　ｹ月 |  |  | 有・無 |  |  |
| / / | 歳　ｹ月 |  |  | 有・無 |  |  |

4:利用している療育・制度・サービスなど

①　療 育

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機 関 名 | 期　間 | 年 齢 |
|  | 年　　月　～　　　年　　月 | 歳　　ヶ月時 |
|  | 年　　月　～　　　年　　月 | 歳　　ヶ月時 |
|  | 年　　月　～　　　年　　月 | 歳　　ヶ月時 |

②　手 帳　　　　／　　交付年月日：　　　　　年　　　月　　　日

　　　a. 愛の手帳（　　　　　度）

b. 身体障害者手帳（　　　　種　　　　級　　／　診断名　　　　　　　　）

c. 精神障害者保健福祉手帳（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③　各種福祉制度・サービスなどのご利用があれば、お書きください。

5:医療面について

1. 今までにかかった病気（該当するものがあれば○をつけてください）

a.はしか（麻疹）　b.突発性発疹　　c. 水ぼうそう　d. 百日咳　e. おたくふく風邪（流行性耳下腺炎）

f.風疹　　g. 手足口病　　h.りんご病　　i. ひきつけ・けいれん（　有熱時 ・ 無熱時　）

j. その他の病気（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 服薬について（服薬している方・したことのある方のみ）

＊薬　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　/ 使用期間：　　　年　　月～　　　年　　月

＊病院名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　/ 担当Dr. 　先生

＊服薬の仕方：　　a. 定期的　　b. 頓服（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

6:生 育 歴

1. 妊娠中の状態について

＊妊娠中の異常　：　a.　無 b. 有　（具体的にご記入ください　　　　　　　　　　　　）

1. 出産時の様子と乳児期の栄養状態について（該当するものに○をつけてください）

＊出産の状態　：　a.　正常産　b.　骨盤位　　c. 吸引分娩　　d. 帝王切開　　e. 鉗子分娩

＊在 胎 週 ：　（　　　　週　　　　日）

＊出生時の状態：　a.異常なし 　b.すぐ泣かなかった　c. 仮死　　d. チアノーゼ　e. ひきつけ

f.　臍帯巻絡　　g. 保育器に入った（　　　　日間）

＊出 生 時　：　体重（　　　g）　身長（　　　cm）　胸囲（　　　cm）　頭囲　（　　　cm）

＊黄疸に状態　：　a.　無　　b.　普通　　c. 弱

＊母　乳（生後　　ヶ月頃まで）　　　人工ミルク（生後　　　ヶ月頃～　　　　ヶ月頃まで）

1. 乳幼児期の発達状況について

＊運　動　面　：　首座り（　　歳　　ヶ月）　寝返り（　　歳　　ヶ月）

お座り（　　歳　　ヶ月）　はいはい（　　歳　　ヶ月）

始歩（　　歳　　ヶ月）

＊言　語　面　：　喃語が出る（　　歳　　ヶ月）　　指さしが出る（　　歳　　ヶ月）

　　　　　　　　　一語文を話す（　　歳　　ヶ月）　二語文を話す（　　歳　　ヶ月）

＊乳幼児健診（１ヶ月、3～4ヶ月、6～7ヶ月、1歳、1歳半、3歳）でのアドバイス

＊乳幼児期に、特に気がかりだったことなど

7:習い事・学習など

＊現在ならっている、おけいこごと、スポーツなどありましたらお書きください。

＊各教科の成績・好き嫌いについて、あてはまる欄に○をご記入ください。（小学生以上のみ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 成　績 | | | 好き嫌い | | |
| 得意 | 普通 | 苦手 | 好き | 普通 | 嫌い |
| 国　語 |  |  |  |  |  |  |
| 算数（数学） |  |  |  |  |  |  |
| 社　会 |  |  |  |  |  |  |
| 理　科 |  |  |  |  |  |  |
| 英　語 |  |  |  |  |  |  |
| 生活科 |  |  |  |  |  |  |
| 体　育 |  |  |  |  |  |  |
| 音　楽 |  |  |  |  |  |  |
| 図工（美術） |  |  |  |  |  |  |
| 家庭科・技術 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

8:現在の生活のようす

＊食事（時間、食べ方、好き嫌いなど）

＊睡眠（寝方、リズムなど）

＊身辺自立（排泄・着脱・その他）

＊好きなこと、興味関心のあること

＊気になること、お困りのことなど

（該当の番号に○をつけ内容について具体的にお書きください。複数回答可）

　　　1. 対人関係　　2. 集団行動　　3. 感情コントロール　4. コミュニケーション 5. 学習困難

　　　6. こだわり　　7. 見通し　　　8. 場の空気　　9. パニック　 10. その他

　　　※ 対人関係の様子が相手、場面によって異なる場合には、それぞれについてお書きください。

　　　　＊ご記入いただき、ありがとうございました。

いただいた資料は当子育てステーション発達相談における相談以外に使用されることはありません。

プライバシーは厳守いたします。

ペアレント・トレーニングにご参加される方は、下記項目にもご記入ください。

参加者名　　　　　　　　　　　　　　　　 本人との間柄（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　参加者名　　　　　　　　　　　　　　　　 本人との間柄（　　　　　）

＊ペアレント・トレーニング参加動機

＊ペアレント・トレーニングに期待すること

＊ペアレント・トレーニングに参加するにあたって不安なこと

9:その他　　～ご質問等ありましたらお書きください～

＊ご記入いただき、ありがとうございました。

いただいた資料は当子育てステーション発達相談における相談以外に使用されることはありません。

プライバシーは厳守いたします。