

初回面接資料

令和 年 月 日 記入

ふりがな

(男 ・ 女)

お子さんの名前

住所 〒 ー 柏市

携帯番号:(父・母・)

固定電話

◎ 家族構成 ※本人を含め、同居している方すべてをご記入ください

氏名	生年月日	続柄	勤務先・学校・幼稚園・保育園等 ※こども園の方は認定区分(号) を記入してください	健康状態
(記入例) 柏 太郎	H〇〇. 〇. 〇〇	本人	〇〇こども園(1号)	良好

【家族の状況】

- ◎ 普段子育てを主に行っているのはどなたですか？ ()
- ◎ 保護者以外に、子育てに協力してくれる方はいますか？ はい () いいえ
- ◎ センターに通う場合、どなたと来所されますか？ ()
- ◎ ご兄弟がいる場合、どなたかに預けて通うことはできますか？ はい いいえ
- ◎ ご家族の中に介護の必要な方はいますか？ はい () いいえ

【センターへの通所について】

- ◎ センターに通う場合、都合の悪い曜日がありますか？ あり () なし

【交通手段について】

- 自家用車(運転者) 電車 バス 自転車 徒歩 その他()
- ◎ センターまでの所要時間 (約 分)

【相談・利用までのきっかけ】

- 自分で調べた 紹介された (紹介機関名:)

【相談したいこと】 行動・ことば・体の動き・その他

具体的な内容

--

【子どもの様子シート】

1 妊娠中・出生直後から、今までの経過について(母子手帳を参考にご記入ください)

(1) 妊娠中の出来事

- 無
 有 胎児が小さかった 胎動が少なかった むくみ 羊水異常(過多・過少)
 その他()

(2) 分娩時・出生時について

在胎 週	日 (予定日 月 日)	退院日	月	日 (生後 日目)		
出生体重	[g]	身長	[cm]	頭囲	[cm]	
利用した病院名	妊娠中()			出産()		
出産の状況	<input type="checkbox"/> 経膣(自然) <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 無痛 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 仮死					
緊急搬送	無・有(病院)		その後の対応()			

(3) 新生児期に受けた医療について

- 無
 有 経管栄養(チューブ栄養) 点滴 酸素投与 光線療法 交換輸血
 保育器で加温 投薬治療 () その他 ()

(4) 今までに受けた検査とその結果について

- 先天性代謝異常検査 聴力検査 眼科的検査 心臓超音波検査
 CT MRI 脳波検査 心理検査(知能検査)
 染色体検査 遺伝子検査 アレルギー検査
結果 []

(5) 耳の聞こえについて

- 新生児聴覚スクリーニング検査 受けた (パス・リファー) 受けていない
中耳炎の既往について あり (1回・繰り返している・治療中) なし

(6) 現在、定期通院している医療機関・リハビリ施設はありますか？

- 無
 有 病院名: 診療科: 担当医:
病院名: 診療科: 担当医:

(7) 現在、服用している薬はありますか？

- 無 []
 有 []

(8) 入院、検査、手術など予定も含めてご記入ください

平成・令和 年 月:

特記事項 []

2 予防接種(ワクチン名)について 受けたものに○をつけてください

ヒブ(Hib)	1回目	2回目	3回目	追加	水痘	1回目	2回目	罹患
肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	日本脳炎	1回目	2回目	追加
B型肝炎	1回目	2回目	3回目		ロタウイルス	1回目	2回目	3回目
四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	おたふくかぜ	1回目	2回目	罹患
BCG	1回				その他(シナジス等)			
MR	第1期	第2期						

3 乳幼児健診の結果

健診月	受診の有無	相談したこと, 医師や専門家から指摘されたこと等
1か月児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	
3~4か月児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	
6~7か月児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	
9~10か月児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	
1歳児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	
1歳6か月児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	
3歳児	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	

4 子どもの成長の様子

からだの動き

首のすわり	か月	はいはい	か月	両足ジャンプ	できる・できない
寝返り	か月	つかまり立ち	歳 か月	片足ケンケン	できる・できない
お座り	か月	伝い歩き	歳 か月	階段を上る(手すりなしで足を交互に出して)	できる・できない
ずりばい	か月	1人で歩く	歳 か月		

ことば

なんご 喃語	ない ・ ある/あった (多い ・ 少ない) ・ わからない
人みしり	ない ・ ある/あった ・ わからない
指さしで知らせる	ない ・ ある/あった ・ わからない
初めての言葉	まだない ・ 歳 か月頃 () ・ わからない
2語文	まだない ・ 歳 か月頃 () ・ わからない

5 生活リズムについて

※大まかな1日の生活の流れ(睡眠・起床・食事 など)をご記入ください

6時	12時	18時	0時

6 子育てをして感じたこと

- 生まれた時から元気がない子どもだった
- よく眠り、よくミルクを飲み、おとなしく手のかからない子どもだった
- お腹がすいても、泣いて知らせるということがなかった
- カンが強く、激しく泣くことが多かった
- そばにいる人(特に母親)が見えなくなると、不安で激しく泣いて離れられなかった
- 後ろから呼びかけた時、振り向くことが少なかった
- 人見知りがなかった
- よく動き回る子どもだった
- 特に変わった様子はなかった
- その他 ()

7 集団(幼稚園・保育園・療育機関等)への所属について

◎これまで所属したことのある機関をご記入ください

期 間	集団・機関名	頻度(毎日・週1日等)	備 考

8 福祉制度の利用について

- ◎ 身障手帳 無 申請中 有 (種 級)
- ◎ 療育手帳 無 申請中 有 ()
- ◎ 小児慢性特定疾病医療費助成 無 利用中 利用終了
- ◎ 福祉サービス受給者証 無 有

9 その他気になる事があればご記入ください(食事・排泄・遊び・行動など)

【情報交換に関する同意について】

必要に応じて、当センターと幼稚園、保育園、乳幼児健診機関等との情報交換することに同意します。

令和 年 月 日 署名