

施設名：

記入者氏名：

対象児	ふりがな 氏 名	生年月日： 年 月 日
-----	-------------	-------------

今回の相談内容

① 今回相談したいことはなんですか？
<input type="checkbox"/> ことばについて <input type="checkbox"/> コミュニケーションについて <input type="checkbox"/> 対人関係について <input type="checkbox"/> 集団活動への参加について <input type="checkbox"/> 気持ちの調整について <input type="checkbox"/> 運動や手指の操作について <input type="checkbox"/> 生活習慣について <input type="checkbox"/> 食べ方について <input type="checkbox"/> 見え方について <input type="checkbox"/> その他
具体的にお書きください
② 上記の相談内容に対し現在どう対応していますか？
③ 前回の巡回相談以降、変化したところがありますか？（2回目以降の巡回相談の時のみ記入）

現在の様子 当てはまる項目があればチェックを入れてください 入所・入園時期（ 年 月）

好きなこと 得意なこと	
ことば	<input type="checkbox"/> 理解できる言葉が少ない <input type="checkbox"/> 言葉の数が少ない <input type="checkbox"/> 発音が不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音がある
運動・操作	<input type="checkbox"/> 未歩行（そのうち可能なもの <input type="checkbox"/> 首座り <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> つたい歩き） <input type="checkbox"/> 運動が苦手 <input type="checkbox"/> 姿勢が崩れやすい <input type="checkbox"/> 制作など手先が不器用
生活習慣	個別的な配慮を要するもの： <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 排泄
対人関係	<input type="checkbox"/> 人への関心が薄い <input type="checkbox"/> トラブルになりやすい <input type="checkbox"/> やり取りが続かない・一方的
集団行動	<input type="checkbox"/> 活動からはずれやすい <input type="checkbox"/> 順番やルールが苦手 <input type="checkbox"/> 流れの変化や指示に対応しにくい
感覚	<input type="checkbox"/> 苦手な感覚がある（音・触覚など） <input type="checkbox"/> 段差を怖がる <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> まぶしがる
その他	

○ご記入いただきました内容については、巡回相談のみで使用し、それ以外の目的には用いません。

○「申込書」と「連絡票」は同封し、個人情報になりますので郵送にてお申し込みください。FAXはお断りします。

問合せ先：松戸市こども発達センター 相談診療部門 巡回相談調整係 047-383-6111