

記入日： 年 月 日

施設名 ( )

記入者氏名 ( )

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

**発達の経過** (初めての巡回相談の時のみ記入してください。)

出生時・発達・健診・医療の特記事項 (相談、受診歴)	
<生育歴> ひとり歩き ( ) か月 始語 ( ) か月 <健診結果> 1歳6か月児：問題なし・あり ( ) 3歳児：問題なし・あり ( )	
入所・入園時の状況	入所・入園時期 ( 年 月)

**現在の様子** (2回目以降は特記事項があればご記入ください。)

生活習慣		粗大運動 ・ 微細運動	
興味・対人関係		集団行動	
ことば		その他	

## 今回の相談内容

今回相談したいことはなんですか？
上記の相談内容に対し現在どう対応していますか？
前回の巡回相談以降、変化したところはありますか？（2回目以降の巡回相談の時のみ記入）

検討結果（発達センター使用欄）
※「検討結果」欄への記入は不要です。

- 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。
- 「巡回相談連絡票」は個人情報となりますので、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 047-383-8111