

松戸市こども発達センター
初回相談シート

カルテ番号

年 月 日 記入

担当者

お子さまの状態をより理解させていただくためにお伺いします。

※網掛け部分にご記入又は入力(選択)してください。

なお、ご記入いただいた内容は、当センターでの相談や療育にのみ使用します。

2024.05改訂版

フリガナ						性別			
お子様の氏名						<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女
生年月日		年	月	日	来所時の年齢	歳	ヶ月		
現住所	〒	市							
電話番号 (自宅/携帯)	自宅			携帯番号(父・母)					
相談される お子様と同 居しているご 家族を記入し てください	続柄	氏名	生年月日			職業	健康状態		
			年	月	日				
			年	月	日				
			年	月	日				
			年	月	日				
お子様のこと でご心配なこと、センター へ相談したい ことは何です か	いつ頃から気になりましたか?()								
ご相談の内容 は何です か	<input type="checkbox"/> 運動発達の遅れ <input type="checkbox"/> 全体的に発達がゆっくり <input type="checkbox"/> ことばが遅い <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> こだわり() <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 友だちとうまく関われない・集団参加が苦手 <input type="checkbox"/> 発音が不明瞭・幼い <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 装具等(整形) <input type="checkbox"/> 視力・斜視(眼科) <input type="checkbox"/> 勧められたので <input type="checkbox"/> 通園の希望(保育部門) <input type="checkbox"/> その他()								
当センターを どちらから紹 介されました か	<input type="checkbox"/> 医療機関から(機関名:) <input type="checkbox"/> 健康診査(1.6歳児・3歳児)の結果から <input type="checkbox"/> 市の福祉関係機関から <input type="checkbox"/> 保健福祉センター(地区保健師)から <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園から <input type="checkbox"/> 保健所から <input type="checkbox"/> 児童相談所から <input type="checkbox"/> 教育研究所から <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> その他()								
現在、定期的 に通っている 集団はありま すか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 歳 ヶ月頃から ・()幼稚園 週 日 保育所等名称 ・() 週 日 ・児童発達支援() 週 日 ・その他() 週 日								
利用している 福祉制度は ありますか	<input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 障害手当の有無 <input type="checkbox"/> (障害児福祉手当・特別児童扶養手当・心身障害児福祉手当)								

生活について	起床()時頃 就寝()時頃 昼寝(時 ~ 時) 朝食()時頃 昼食()時頃 夕食()時頃 ・睡眠の状態: <input type="checkbox"/> 熟睡 <input type="checkbox"/> 眠りが浅い・よく目を覚ます <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い ・現在の食事の内容: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 普通食 ・外遊び()時間、週()回 ・TV、ビデオ、ゲーム()時間位/1日																																																																																
基本的習慣について	・食事: <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし ・偏食: <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし ・排泄: <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 連れて行くとトイレでする <input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く ・更衣: <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立																																																																																
出生時の状況について	・出産場所() ・在胎(週 日) ・分娩: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死 ・出生体重(g) ・身長(cm) ・頭囲(cm) ・妊娠中、気になることはありましたか()																																																																																
入院中の状況について	・退院(生後 日) ・体重(g) <input type="checkbox"/> NICU収容 <input type="checkbox"/> 保育器収容(日から 日間) <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他()																																																																																
接種したものに○をしてください	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl;">混合4種</td> <td>第1期</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl;">Hib</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl;">小児肺炎球菌</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl;">日本脳炎</td> <td>第1期</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl;">B型肝炎</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl;">ロタ</td> <td>1回</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2回</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第1期追加</td> <td></td> <td></td> <td>追加</td> <td></td> <td></td> <td>追加</td> <td></td> <td></td> <td>第1期追加</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">BCG</td> <td></td> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">MR</td> <td>第1期</td> <td></td> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">水痘</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">おたふく</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>第2期</td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	混合4種	第1期	1回		Hib	1回		小児肺炎球菌	1回		日本脳炎	第1期	1回		B型肝炎	1回		ロタ	1回			2回			2回			2回			2回			2回			3回		第1期追加			追加			追加			第1期追加					BCG		MR	第1期		水痘	1回		おたふく			第2期		2回														
混合4種	第1期		1回		Hib		1回			小児肺炎球菌	1回			日本脳炎	第1期		1回			B型肝炎	1回		ロタ	1回																																																									
			2回					2回							2回						2回				2回																																																								
			3回					3回							3回						3回				3回																																																								
	第1期追加			追加				追加				第1期追加																																																																					
BCG		MR	第1期		水痘	1回		おたふく																																																																									
			第2期			2回																																																																											
発達経過について	・首のすわり(月) ・寝返り(月) ・ひとり座り(月) ・ハイハイ(月) ・つかまり立ち(月) ・つたい歩き(月) ・始歩(月) ・はじめての言葉(月) ・二語文(月) ・人見知り(月)																																																																																
今まで、発達について相談や診察を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳 月頃) <input type="checkbox"/> 医師の診断を受けた 病院名() <input type="checkbox"/> 福祉機関等に相談した 機関名() ・その際にどのように言われましたか。()																																																																																
今までに大きな病気やけいれん・アレルギーはありますか。治療中の病気はありますか	・ 歳 月頃() ・ 歳 月頃() ・ 歳 月頃() ・ 歳 月頃()																																																																																
育児について	・育児に負担を感じることがありますか。(<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ない) 負担がある場合、どのようなことですか。 ・相談や協力をしてもらえる人がいますか。(<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> いない) ・いっしょやる場合、どなたですか。()																																																																																