児童発達相談センターすきっぷ　# 相談受付票

記入日 令和　　年　　月　　日

記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象児	ふりがな		愛称	男・女
	氏　名			
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生　（　　歳　　か月）		
	住　所	志木市		
	電　話	［　］		
きっかけは何ですか？		□広報しき　□ホームページ　□幼稚園・保育園　□増進センター 健診 □紹介（　　から）		

出生状況	在胎週数　　週	出生体重　　kg	身長　　cm	出産時の異常□なし □あり（　　）

	氏　　名	生年月日	続柄	健康状態	職業・学校等
家族構成				健康・病気（　　）	
				健康・病気（　　）	
				健康・病気（　　）	
				健康・病気（　　）	
				健康・病気（　　）	
				健康・病気（　　）	
				健康・病気（　　）	

	幼稚園保育園・療育・習い事・病院等	開始年月日	回数・曜日	内容
利用施設・機関名				

関係機関との情報共有についてご同意いただけましたらチェックをお願いします	□健康増進センター健診との情報共有に同意します □関係他機関との情報共有に同意します

相談内容

※日常生活の状況や相談したい事について記入してください。

心配なことや相談したいことは何ですか？	□不器用　□身体発達の遅れ（　　） □言葉の遅れ　□吃音　□発音不明瞭 □関心が薄い　□集団行動が難しい　□落ち着きがない　□気持ちの切り替えが難しい □育てにくさ　□その他
基本的生活習慣	例：食事(極端な偏食)・排泄(排泄を教えない)・睡眠(寝つきが悪い)等
運動機能	例：スプーンが上手く持てない・階段の昇り降りが苦手・転びやすい・姿勢が悪い・筆圧が弱い等
コミュニケーション	例：言葉があまり出ない・言葉が理解できない・指さししない・発音不明瞭・指示が入らない等
社会性	例：お友達に関心がない　・集団になじめない等
行動	例：落ち着きがない・お友達を押してしまう・こだわりが強い・音や特定の感覚に敏感抱かれるのを嫌がる・道路に飛び出す等
その他	
お子さんの良いところ	
お子さんの生活に対する意向や希望	例：椅子に座っていられる　・お友達と遊べる　・集団生活ができる等