

# 相談申込書

記入年月日 年 月 日

担当者

この申込書は面接の基礎となるものですので、正確に、はっきりとご記入ください。

記入者	ふりがな 氏名	続柄			
ご本人	ふりがな 氏名	男・女	生年月日 年 月 日	生まれ	歳
住所	〒 浜松市 区		TEL: ( )	FAX: ( )	
			緊急連絡先(携帯など) ( )		
所属(学校・施設・勤務先など)		かかりつけ医			
		診断名			
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業・学校等	備考
相談したい内容					
備考					
NO. _____					
浜松市発達相談支援センタールピロ					



氏名
----

周産期	出生時の体重	g	在胎	週
	その他、周産期にまつわることで何かありましたらお書きください			
乳児期	首のすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月
	歩き始め	ヶ月	意味のある言葉	ヶ月 (内容: )
	<p>1歳になる前(0歳児)のお子さんについて、気になったことがありましたら、○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人のいる方向に顔を向けなかった</li> <li>・母を視線で追わなかった</li> <li>・母の顔を見ても笑顔を見せなかった</li> <li>・人見知りをしなかった</li> <li>・人見知りが激しかった</li> <li>・あやしても喜ばなかった</li> <li>・音がしても知らんぷりをしていた</li> <li>・おとなしく手がかからない子だった</li> <li>・人とのかかわりを嫌がり、ひとりの方が機嫌が良かった</li> <li>・抱きにくく、抱かれにくい子だった</li> <li>・オツムテンテンなど(まね)をしなかった</li> <li>・おもちゃへの興味が少なかった</li> <li>・睡眠が不規則だった</li> <li>・かんの強い子だった</li> <li>・言葉が少なかった</li> <li>・その他( )</li> </ul>			
乳幼児健診	1歳6ヶ月健診	内容(結果・医師、保健師等からの指導を受けたことなど)		
	(場所: )			
	3歳児健診	内容(結果・医師、保健師等からの指導を受けたことなど)		
	(場所: )			
その他の健診で指摘されたことがありましたら、お書きください。				
幼児期	<p>お子さんについて、今までに気になったことがありましたら○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・親から平気で離れた</li> <li>・頻繁に迷子</li> <li>・目が合わなかった</li> <li>・呼名を無視</li> <li>・言葉の遅れ</li> <li>・オウム返し</li> <li>・奇妙な動作、しぐさ( )</li> <li>・こだわりやすい( )</li> <li>・興味のかたより( )</li> </ul>			
通園歴	園・施設名	通園期間	園・施設名	通園期間
		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月
	園の職員や周りの方からお子さんについて何か指摘を受けたことがあればお書きください。			
<p>集団生活の中で、何か気になることがあればお書きください。 (ひとり遊びが多い、職員・友達との関係など)</p>				

アンケートNO.2 (成人期)

氏名

学歴	園・学校名	通学期間	学校名	通学期間
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
職歴	職種	期間	仕事内容	
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
相談・療育歴	機関名	相談期間	相談状況	
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
通院歴	病院名	通院期間	通院状況	
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		

浜松市発達相談支援センタールピロ

診断	発達障害の診断	診断名	診断期間	診断機関	診断医
	済・未		年 月		
			年 月		
			年 月		

服薬	なし・あり	薬名( )	症状(不眠・多動・AD/HD )
		薬名( )	症状(不眠・多動・AD/HD )
		薬名( )	症状(不眠・多動・AD/HD )

現在、利用されている福祉サービスがあれば、○をつけてください。

障害基礎年金・障害厚生年金・自立支援医療制度・短期入所  
ホームヘルプサービス・その他( )

以下については、お答えできる範囲でご記入ください。

家族など身近な方で下記の病気・障害の方はありますか。

精神遅滞 (ない・ある)	先天性盲 (ない・ある)
自閉症 (ない・ある)	先天性聾 (ない・ある)
言葉の遅れ (ない・ある)	精神疾患 (ない・ある)
てんかん (ない・ある)	神経疾患 (ない・ある)
脳性麻痺 (ない・ある)	反社会性 (ない・ある)

※ここで知り得た情報は、当センターでの支援以外の目的で使用することはありません。

ご協力、ありがとうございました。

