

相談申込書

様式4

記入者		本人との 続柄		記入日	年 月 日					
ふりがな				生年月日 (西暦)	年	月	日	歳		
本人 氏名	男・女									
住所	〒 浜松市 区			TEL: FAX:						
所属	(学校・施設・勤務先)			かかりつけ医 現在の受診先						
家 族 構 成	続柄	氏名	生年月日	同居・別居	職業・学校等	備考				
相談したい内容(いつ頃からどんなことに困っているか。面接でお話したいこと等。)										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 相談にあたり希望すること <input type="checkbox"/> 発達障害について <input type="checkbox"/> 対応方法について <input type="checkbox"/> 検査を受けたい <input type="checkbox"/> 病院を受診したい <input type="checkbox"/> 他機関との連携 <input type="checkbox"/> その他() </td> <td style="width: 50%;"> ルピロを知ったきっかけは何でしたか <input type="checkbox"/> 園・学校 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> </table>									相談にあたり希望すること <input type="checkbox"/> 発達障害について <input type="checkbox"/> 対応方法について <input type="checkbox"/> 検査を受けたい <input type="checkbox"/> 病院を受診したい <input type="checkbox"/> 他機関との連携 <input type="checkbox"/> その他()	ルピロを知ったきっかけは何でしたか <input type="checkbox"/> 園・学校 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他()
相談にあたり希望すること <input type="checkbox"/> 発達障害について <input type="checkbox"/> 対応方法について <input type="checkbox"/> 検査を受けたい <input type="checkbox"/> 病院を受診したい <input type="checkbox"/> 他機関との連携 <input type="checkbox"/> その他()	ルピロを知ったきっかけは何でしたか <input type="checkbox"/> 園・学校 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他()									



※相談申込書、アンケートについては、お答えいただける範囲で構いません。

記入していただいた情報は、当センターでの支援以外での目的で利用することはありません。

浜松市発達相談支援センター「ルピロ」

共通アンケートNO. 1

氏名

相談・療育歴	相談機関名(保健センター・療育機関・相談支援事業所等)	相談期間	相談内容
(精神・身体含)	病院名	通院期間	疾患名・通院状況
発達障害の診断	診断機関・担当医	時期	診断名・通院状況

現在服薬中の薬があるようでしたら、お書きください。

薬品名	どんな症状に対して
薬品名	どんな症状に対して
薬品名	どんな症状に対して

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疾患・障害の方はありますか。

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知的障害 () | <input type="checkbox"/> 発達障害 () |
| <input type="checkbox"/> てんかん () | <input type="checkbox"/> 脳性まひ () |
| <input type="checkbox"/> 神経疾患 () | <input type="checkbox"/> 精神疾患 () |
| <input type="checkbox"/> 先天性視覚障害 () | <input type="checkbox"/> 先天性聴覚障害 () |

今まで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。

手帳(精神・療育・身体) ・ 自立支援医療制度 ・ 障害基礎年金 ・ 障害厚生年金
 福祉サービス(具体的に:) ・ その他()

現在の一日の過ごし方を時間に沿ってご記入ください(起床時間・就寝時間等)。

6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4

共通アンケートNO.2

氏名

周産期	妊娠中・産前 産後の経過	妊娠中、産前産後、お母さんやお子さんの心身の状態で、気になることはありましたか。						
	妊娠期間 妊娠()週	出生時体重()g		出生時身長()cm				
乳 幼 児 期	首のすわり	か月	寝返り	か月	ずりばい	か月	はいはい	か月
	おすわり	か月	つかまり立ち	か月	つたい歩き	か月	一人歩き	か月
	あやすと笑う	か月	人見知り	か月	後追い	か月	模倣	か月
	意味のある言葉 歳 か月 どのような言葉()							
	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、チェックをつけてください。							
	<input type="checkbox"/> 人のいる方向に目を向けなかった <input type="checkbox"/> 母の目線で追わなかった <input type="checkbox"/> 母の顔を見ても笑顔を見せなかった <input type="checkbox"/> 人見知りをしなかった <input type="checkbox"/> 人見知りが激しかった <input type="checkbox"/> あやしても喜ばなかった <input type="checkbox"/> おとなしくて手がかからない子だった <input type="checkbox"/> 母乳、ミルク、離乳食を欲しがらなかった							
	<input type="checkbox"/> ひとりの方が機嫌が良かった <input type="checkbox"/> 「いないいないバー」など真似をしなかった <input type="checkbox"/> おもちゃへの興味が少なかった <input type="checkbox"/> 睡眠が不規則だった(夜泣き・寝すぎるなど) <input type="checkbox"/> 初めての場所や慣れない雰囲気により不機嫌になった <input type="checkbox"/> 発声や喃語やことばが少なかった <input type="checkbox"/> その他							
	3~4か月児 健診	順調・経過観察			9~10か月 児健診	順調・経過観察		
	内容:				内容:			
	1歳6か月 児健診	順調・経過観察			3歳児健診	順調・経過観察		
内容:				内容:				
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、チェックをつけてください。								
<input type="checkbox"/> 親から平気で離れる <input type="checkbox"/> 広い場所で走り出す <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かない <input type="checkbox"/> ことばがなかなか増えない <input type="checkbox"/> パニック、かんしゃくが激しい <input type="checkbox"/> 手先が不器用 <input type="checkbox"/> チックがある <input type="checkbox"/> 感覚が過敏または鈍感								
<input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> オウム返しをする <input type="checkbox"/> 奇妙な動作やしぐさをする <input type="checkbox"/> こだわりがある(物や場所、順序など) <input type="checkbox"/> 興味のかたよりのある <input type="checkbox"/> トイレの自立が遅い <input type="checkbox"/> 爪かみがある <input type="checkbox"/> その他()								
好きな遊びや興味関心のあることは何ですか。								