

Aプロフィール

フリガナ 名前	生年月日 年 月 日 (歳 カ月) 性別 (男 ・ 女)					
所属	(園名・校名)	加配あり 支援級・普通級				
住所	〒					
電話	(自宅) (FAX) (携帯) (※連絡希望時間帯 時頃)					
家族	続柄	フリガナ 名前	生年月日	職業	最終学歴	健康状態
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 なし ・ あり (A ・ B 1 ・ B 2) (取得日 . .) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 なし ・ あり (級) (取得日 . .) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 なし ・ あり (級) (取得日 . .)					
福祉	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当(なし・あり) <input type="checkbox"/> 障害児者福祉手当(なし・あり) <input type="checkbox"/> 児童デイサービス受給者証(なし・あり：現利用施設名) <input type="checkbox"/> 自立支援医療〔精神通院〕(なし・あり)					

- 1) 今回の受診はどなたが決められましたか。
- 2) 今回ご相談したい内容を記入ください。

- 3) その内容は、いつ、どなたが気づかれましたか。

- 4) その内容について、今までどのように対応してこられましたか。

- 5) その内容について、他の病院、学校、児童相談所等で相談したことはありますか。
 (なし ・ あり [相談した機関名:])

- また何らかの診断名を告知されたことがある場合はご記入ください。[診断名:]

Bこれまでの経過について ※あてはまるものに○もしくは記載をお願いします

1) 妊娠

- 妊娠 (自然受精・人工受精 [通院施設 方法])
- 本児出産前の妊娠歴 (なし・出産 回・死産 回・自然流産 回・人工流産 回)
- 妊娠中の生活 (飲酒・喫煙・薬物服用 []・外傷・病気 []・その他 [])
- 妊娠中の異常 (なし・妊娠中毒症・前置胎盤・臍帯巻絡・その他 [])

2) 分娩・出産

- 出生医療機関 ()
- 予定日 (年 月 日)
- 在胎期間 (週 日)
- 分娩方法 (自然 ・ 吸引 ・ 帝王切開 [予定] ・ 帝王切開 [緊急])
- 出生の状況 (アプガースコア 1分 / 5分)
(体重 g・身長 cm・頭囲 cm・胸囲 cm)
- 出生後経過 (NICU入院・人工呼吸器・経管栄養・点滴・その他 [])

3) 乳幼児期の発達

- 栄養 (母乳 [頃まで]・人工乳・混合)
- アレルギー (なし・あり [])
- 運動 (首がすわる か月・寝返り か月・つかまり立ち か月・一人で歩く か月)
- 精神 (指さし か月・有意語 か月・二語文 か月)
- 乳幼児健診での指摘 (無 ・ 有 [4か月・1歳半・3歳] [内容])
- 既往 (熱性けいれん・てんかん・脳炎・脳症・頭部外傷・斜視・その他 [])

4) 病歴

- 入院歴 (なし・あり [病名 期間])
- 通院歴 (なし・あり [病名 期間])

5) 通園歴・通学歴・療育歴 (療育園・児童デイ利用) など

- | | 【園名・校名】 | 【通院歴】 | 【療育歴】 | 【習い事・その他】 |
|------------------------------|---------|-------|-------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 就学前 | () | () | () | () |
| <input type="checkbox"/> 小学校 | () | () | () | () |
| <input type="checkbox"/> 中学校 | () | () | () | () |
| <input type="checkbox"/> 高校 | () | () | () | () |