

発達相談外来連絡票

フリガナ	()
お名前	()
生年月日	平成・令和	年	月 日 性別(男・女)
住所	(〒	—)
連絡先	(—)
FAX番号	(—)
記入日		年	月 日
学校・園	() 学年(年生・年長・年中・年少・他)
ご相談されたいことはどのようなことですか			
お子さんの状況			
発達検査を1年以内に行なっていますか？(はい・いいえ) 実施機関()			
その検査結果をお持ちですか？(はい・いいえ)			
※上記ではいの方へ 検査名を教えてください()			
今まで他の施設、病院等で相談されたことはありますか？(はい・いいえ)			
※上記ではいの方へ 相談機関はどちらですか？			
() (担当:)			
検査及び診察でご都合の悪い曜日があればお知らせください			

いなみ小児科ファミリークリニック
〒010-0905 秋田市保戸野中町1-45
TEL 018-893-3955 FAX 018-893-3977

※FAXでお申込みの際は受信確認のお電話をお願いします

名前 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日(才)

家族構成

父 年齢__才 職業 _____ 同居・別居(理由 _____)

母 年齢__才 職業 _____ 同居・別居(理由 _____)

兄弟

・ 性別(男・女) 年齢__才 職業(学生は学年) _____ 同居・別居

・ 性別(男・女) 年齢__才 職業(学生は学年) _____ 同居・別居

・ 性別(男・女) 年齢__才 職業(学生は学年) _____ 同居・別居

・ 性別(男・女) 年齢__才 職業(学生は学年) _____ 同居・別居

他にも同居者がいれば記入してください。

_____/

_____/

把握しておくべき家庭状況を教えてください。(疾病、離婚、虐待、大きな生活環境の変化など)

_____/

_____/

出生歴 在胎__週 分娩方法 正常分娩・帝王切開・その他(_____)

出生時問題はありましたか？

_____/

乳幼児健診で指摘はありましたか？(あり・なし) あれば記入してください。

_____/

小学校前は 保育園・幼稚園・自宅・その他の利用施設(_____)

それはいつからですか？ (_____)

そこで先生から何か指摘されていませんか？ (はい・いいえ)

_____/

_____/

_____/

運動会や発表会はみんなとできていましたか？(はい・いいえ) 様子を教えてください。

_____/

_____/

それ以外の集団活動の様子はどうでしたか？

_____/

_____/

_____/

小学校前で母が気になっていたことはありますか？

_____/

_____/

_____/

_____/

記入欄が足りなければ、裏面に書いてください。