

## 相談申込票

●この申込票に記載していただく情報は、ひまわり発達相談センターにおけるお子さんやご家族の支援に役立てるために使われます。それ以外の目的で使用されることはありません。

支障のない範囲でお書きください。

記入年月日：令和 年 月 日( )

|   |                     |        |      |      |          |
|---|---------------------|--------|------|------|----------|
| ふりがな  |                     |        |      |      |          |
| お子さんの名前                                     |                     |        |      |      | 男・女<br>) |
| 愛称(   |                     |        |      |      |          |
| 生年月日  | 平成・令和 年 月 日 ( 才 ヶ月) |        |      |      |          |
| 住所  | 習志野市                |        |      |      |          |
| 電話  | 自宅：047- -           |        |      |      |          |
|   | 携帯： - -             |        |      |      |          |
| 家族構成  | 氏名                  | 本人との続柄 | 生年月日 | 職業など | 備考       |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
| お子さんが、生まれてから本市に転入された方は、これまでの居住地についてご記入ください。 |                     |        |      |      |          |
| 時 期   |                     | 居 住 地  |      | 備 考  |          |
| 歳 か月頃 ～ 歳 か月頃まで                             |                     |        |      |      |          |
| 歳 か月頃 ～ 歳 か月頃まで                             |                     |        |      |      |          |
| 歳 か月頃 ～ 歳 か月頃まで                             |                     |        |      |      |          |
| これまでに、どのようなところで、お子さんの成長・発達の相談をしましたか。        |                     |        |      |      |          |
| いつ頃(年齢)                                     | どこで(場所)             | 相談内容   | 備 考  |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |
|   |                     |        |      |      |          |

|   |  |         |            |
|---|--|---------|------------|
| 妊娠時の経過について、あてはまるものに☑をつけてください。   |  |         | 備考         |
| <input type="checkbox"/> 特に何も指摘されなかった・順調だった<br><input type="checkbox"/> 何らかの問題があり、医師などによる指導があった<br><br> |  |         |            |
| 出産時の経過について、お答えください。   |  |         | 備考         |
| 在胎週数  | 第 週  |         |            |
| 出産時の体格  | 体重： g  | 頭囲： c m |            |
|   | 身長： c m  | 胸囲： c m |            |
| 医療機関名   |  |         |            |
| 分娩時の状況  | <input type="checkbox"/> 特に何も指摘されなかった・順調だった<br><input type="checkbox"/> 何らかの問題があった<br><br> |         |            |
| 今までにかかった病気、または治療中の病気についてお答えください   |  |         |            |
| 診断名   | 時期(月齢・年齢)  | 医療機関名   | 備考(受診頻度など) |
|   |  |         |            |
|   |  |         |            |
|   |  |         |            |
|   |  |         |            |
|   |  |         |            |