

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)
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： - - (母・父・)				
家族構成	ふりがな 氏名	本人との続柄	生年月日	職業など	備考
所属機関	クラス： 担任：				
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 <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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div>			
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 日		
出産時の体格	体重： g	身長： c m	
	胸囲： c m	頭囲： 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 <input type="checkbox"/> 何らかの問題があった <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div>		
今までにかかった病気、または治療中の病気・アレルギー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)