相談受付アンケート（０歳～３歳未満　用）

記入日：令和　　年　　月　　日

記入者：父・母・祖父母・その他（　　　　　　　　）

今後の経過を検討する為、該当箇所の母子手帳をコピー致します。当日忘れずにご持参ください。



1. どのような心配がありますか？次の項目の中で、あてはまるもの全て選んでください。

□なんとなく育てにくい　　　□じっとしていない　　　　　　　　　□反応が乏しい

□笑わない　　　　　　　　　□音に反応しない　　　　　　　　　　□落ち着きがなく対応が難しい

□言葉が遅い(喃語が無い) 　□理解は良いのに言葉の数が増えない　□発音が気になる

□寝ない・寝過ぎる　　　　 □偏食が強い　　　　　　　　　　　　□体の使い方や手先が不器用

□強い癖やこだわりがある　　□その他（　　　　　　　　　　　）

・様子を詳しくご記入ください。気になり始めた時期（　　　　　　　　　　　　　　　）

・当センターでの相談を希望した理由や、要望などについてご記入ください。

1. これまでに相談された機関や所属先、かかりつけ医について



・発達検査（心理テスト）などを受けたことがあればご記入ください



※検査結果のコピーがあれば、初回相談の際にお持ちください。

1. 妊娠中、以下の異常を指摘されたことはあればチェックを入れてください。

　　□切迫早産　　□妊娠高血圧　　□妊娠糖尿病　　□その他の妊娠中の病気（　　　　　　　　）

　　□妊娠中薬物使用（　　　　　　　　　　　）□アルコール（量：　　　　　休肝日：有・無）

　□喫煙（１日の量：　　　　　）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 出生時について（母子手帳もコピー致します。）

分娩場所（　　　　　　　　　　　　　　）

在胎（　　　）週　（　　　）日　体重（　　　　　）g　　身長（　　　　）cm

分娩の異常：□なし　　　□あり　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 発達の様子について（母子手帳もコピー致します。）

首すわり（　　 ）か月 　寝返り（　　 ）か月　 お座り（　　 ）か月　 はいはい（　　 ）か月

伝い歩き（　　 ）か月　 一人歩き（　　 ）か月

初めてことばを言う（ 　　）歳（　 ）か月　ことばの例（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２語文を話す （ 　　）歳（ 　　）か月　　　２語文の例（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

・1歳頃までに気になったことはありましたか。

・1歳６か月児健診　（ 受けた ・ 受けなかった ）　心理相談（ 受けた ・ 受けなかった ）

※指摘や助言についてご記入ください

・お子さんがこれまでにかかった体の病気や、今かかっている病気について教えてください。

６．お子さんの生活について

1. 睡眠

・起床時間（　　:　　）頃　・お昼寝（　　:　　）～（　　:　　）頃　　・就寝時間（　　:　　）頃

・睡眠について、気になる事があればご記入ください。

1. 食事について

　　食事中の立ち歩き（　多い　・　少ない　・　ない　）

　　食事に集中（している　・していない（テレビや動画など）

　　偏食（　あり　・　なし　）　　　食欲のムラ（　あり　・　なし　）

身長（　　　　　）㎝　体重（　　　　　　）㎏　（R　　.　　　月　　　日時点）

　　※偏食やムラについて、詳しくご記入ください

・だいたい何時頃に誰と食べますか。

　　朝（　　：　　）頃　（　　　　　　　　　　　　）と。

　　昼（　　：　　）頃　（　　　　　　　　　　　　）と。

夜（　　：　　）頃　（　　　　　　　　　　　　）と。

・食事について、気になる事があればご記入ください。

1. 排泄について、気になる事があればご記入ください。

1. 感覚(音、光、触覚、味覚、嗅覚、温度、痛覚など)について、気になる事があればご記入ください。

1. 休日の過ごし方について教えてください。

７．　ご家族についてご記入ください。



８. その他、何か気になることがございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

|  |
| --- |
| 備考欄(職員記入) |

初回面接日時（R　年　　月　　　日）対応職員（　　　　　）