

## 事前記入票 [1]

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者： \_\_\_\_\_

(お子さんとの関係)： \_\_\_\_\_

**◎下記について、可能な範囲であてはまるものに☑や記入をお願いします。**

1. どちらで当室を案内されましたか。

<input type="checkbox"/> 医療機関 ( <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 医療機関名： _____ 診療科・医師名： _____	
<input type="checkbox"/> 保健センター ( <input type="checkbox"/> 歯科検診 <input type="checkbox"/> 保健師 ) <input type="checkbox"/> 健診パンフレット <input type="checkbox"/> 市役所 ( 担当部署 _____ )	
<input type="checkbox"/> すてっぷ21 ( <input type="checkbox"/> 大和田 <input type="checkbox"/> 勝田台 ) <input type="checkbox"/> 地域開放 ( <input type="checkbox"/> こあら <input type="checkbox"/> あいあい <input type="checkbox"/> たんぽぽ )	
<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・こども園 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 広報・ホームページ	
<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> その他 _____ )	

2. お子さんのごきょうだいで来室されたことがある方はご記入ください。

(来室されたごきょうだいの氏名： \_\_\_\_\_ )

3. 今まで発達等について相談したことがある方はこれまでの相談状況をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 医療機関 ( <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園	
<input type="checkbox"/> 市役所 ( 担当部署名： _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
◆相談先の名称など ( _____ )	
◆相談内容	

4. 公的制度を利用されている方はご記入ください。

障害者手帳	( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉 ) 交付年月日： _____
通所受給者証	有効期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日
他 ( _____ )	

5. 健診の状況

種類	受診場所	助言内容
例) 1歳6か月児健診	〇〇小児科	ことばの遅れがあり、当室紹介された
1歳6か月児健診		
3歳児健診		

※裏面に続きます。

6. 妊娠中について

<input type="checkbox"/> 特別なことはなかった <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> ひどい悪阻 <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 貧血
◆その他健康状態、大きな病気や服薬、心配していた点がありましたらご記入ください。

7. 出生時の様子についてご記入ください

分娩の方法	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 骨盤位（逆子） <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 誘発分娩 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
週数	週	体重	g
出生場所（産院・病院）			
出生後の状況	<input type="checkbox"/> 特別な対応なし <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用（ 日間） <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸（ <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳停止） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
◆その他ありましたらご記入ください。			

8. 成長の様子についてご記入ください。

運動面	時期	備考	言語面	時期	備考
首の座り	歳 カ月		喃語	歳 カ月	
寝返り	歳 カ月		話し始め	歳 カ月	
お座り	歳 カ月		二語文	歳 カ月	
ハイハイ	歳 カ月			歳 カ月	
つかまり立ち	歳 カ月				
ひとり歩き	歳 カ月				

9. 今までにかかった大きな病気やケガ等についてご記入ください。

診断名	時期	医療機関名	診療科・医師名	治療状況	受診頻度
	歳 カ月			治療中・終了	
	歳 カ月			治療中・終了	
	歳 カ月			治療中・終了	
	歳 カ月			治療中・終了	
	歳 カ月			治療中・終了	
備考					