

## 事前アンケート【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（ ）<br>【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. お子さんの兄弟姉妹で来室されたことがある方はご記入ください。

【来室された兄弟姉妹の氏名： \_\_\_\_\_】

### 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<br><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、当室を紹介された |
| 1歳6か月児健診   |       |                    |
| 3歳児健診      |       |                    |
|            |       |                    |

※裏面に続きます。

## 6. 妊娠・出産について

|                                                               |   |    |   |
|---------------------------------------------------------------|---|----|---|
| 週数                                                            | 週 | 体重 | g |
| 出生場所（産院・病院）                                                   |   |    |   |
| <p>妊娠中や出産時に異常があった方はご記入ください。</p> <p>例）切迫流早産，妊娠高血圧症候群，新生児仮死</p> |   |    |   |

7. 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 か月 |     | 喃語「ばぶばぶ、ままま」など               | 歳 か月 |     |
| 寝返り    | 歳 か月 |     | 話し始め「わんわん（犬）」<br>「ぶーぶー（車）」など | 歳 か月 |     |
| お座り    | 歳 か月 |     | 二語文「まま だっこ」「わん<br>わん きた」など   | 歳 か月 |     |
| ハイハイ   | 歳 か月 |     |                              | 歳 か月 |     |
| つかまり立ち | 歳 か月 |     |                              |      |     |
| ひとり歩き  | 歳 か月 |     |                              |      |     |

8. 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。

[illegible]