

別府発達医療センター 発達に関する受診申込書

記入日 令和 年 月 日

お子様のお名前	(フリガナ)	平成 年 月 日生まれ 令和 (歳 カ月)
	(男・女)	
記入者のお名前	(フリガナ)	〒 —
	続柄	
連絡先	(続柄:)	
※できるだけ日中連絡が付きやすい番号をお書きください。		

1 受診の申込をされた最初のきっかけに☑をつけてください。

- 保護者のご希望 保健師からの勧め 通園先からの勧め その他 ()

2 受診を希望された理由について (○) を (複数回答可)、また一番の理由には (◎) をつけてください。

- () 療育・訓練を受けたい () 療育・訓練が必要かを知りたい () 状態を知りたい
() 対応の仕方を知りたい () その他 ()

3 受診の申込をされるまでの経過を具体的にお書きください。

(例：2歳頃から言葉が出ないことが気になり、保健師に相談し、相談会を案内された。)

- ・ いつ頃から : _____
- ・ 気になること : _____
- ・ 相談相手 : _____
- ・ 受けた対応 : _____

4 妊娠・出産・これまでの健診の様子について○をつけ、「指摘あり」の場合はその具体的な内容をお書きください。

- ・ 妊娠中 : 指摘なし・指摘あり ()
- ・ 出産時 : 指摘なし・指摘あり ()
- ・ 乳児健診 : 指摘なし・指摘あり (カ月健診)
- ・ 1歳半健診 : 指摘なし・指摘あり ()
- ・ 2歳半健診 : 指摘なし・指摘あり ()
- ・ 3歳半健診 : 指摘なし・指摘あり ()
- ・ その他の時期 : 指摘なし・指摘あり ()

5 現在を含めた保育歴についてお書きください。

- ・ 保育歴 (あり ・ なし) ※「あり」の方は下記の項目についてお書きください。
- ・ () 保育園/幼稚園/こども園 歳 カ月～ 歳 カ月 支援 なし・あり・不明
- ・ () 保育園/幼稚園/こども園 歳 カ月～ 歳 カ月 支援 なし・あり・不明

6 今まで利用したことのある、発達に関わる医療機関やサービスに☑をつけ、項目についてお書きください。

- 医療機関 { 機関名: 期間: 歳 カ月～ 歳 カ月まで
内 容: 医師・PT・OT・ST・心理・その他 () }
- 児童発達支援事業 { 事業所名: 期間: 歳 カ月～ 歳 カ月まで }
- 市町村の相談会 市町村の親子教室 外来保育 施設支援 保育所等訪問支援
- 発達障がい者支援専門員等派遣 (スーパーバイザー) その他 ()

裏面に続きます。

7 お子様のこれまでの様子について、当てはまるものに☑を入れてください。

乳児期（生まれてから1歳まで）

- 視線が合いにくい
- 一人遊びを好む
- 表情が少ない
- 抱っこを嫌がる
- 睡眠の問題（ 寝つきが悪い よく目を覚ます 夜泣きが激しい その他：_____）
- 人見知りがない
- 後追いがない
- 離乳食を嫌がる
- 親のまねをしない
- 人見知りが激しい
- 名前を呼んでも振り向かない
- 運動発達の遅れ
- その他（_____）

幼児期 前期（1歳から3歳の誕生日まで）

- 視線が合いにくい
- 言葉が遅い（話し始め：_____歳 _____カ月）
- こだわりやマイルールが強い
- 興味関心が偏っている
- 偏食が激しい
- 親のしている物や方向を見ない
- 睡眠の問題（ 寝つきが悪い よく目を覚ます 夜泣きが激しい その他：_____）
- テレビや動画などをずっと観ている（何を：_____ 1日 _____ 時間）
- その他（_____）
- 欲しいもの、興味があるものに指差ししない
- 言われたことがわからない
- 他の子どもに興味がない
- 落ち着きがない
- 名前を呼んでも振り向かないことが多い
- 表情が少ない
- かんしゃくが多い
- ごっこ遊びをしない
- 手をつないで歩けない
- 好きなものを親に見せない

幼児期 後期（3歳から就学前まで）

- 言葉が遅い
- 視線が合いにくい
- 偏食が激しい
- 初めての場所や人に慣れにくい
- 友達とのけんかやトラブルが多い
- トイレトレーニングが難しい
- 睡眠の問題（ 寝つきが悪い よく目を覚ます 夜泣きが激しい その他：_____）
- テレビや動画、ゲームなどをやめられない（何を：_____ 1日 _____ 時間）
- その他（_____）
- 会話のやりとりができない
- かんしゃくが多い
- 気持ちや行動の切り替えが難しい
- ごっこ遊びをしない
- 集団行動が難しい
- 落ち着きがない
- 発音が不明瞭
- 名前を呼んでも振り向かないことが多い
- こだわりやマイルールが強い
- 興味関心が偏っている
- 同年代の子と上手く遊べない、一人遊びを好む
- 迷子になりやすい

下記の内容について、同意した上でご署名ください。

● 受診申込票と紹介票を、別府発達医療センターに提出します。
 ● 必要に応じて、当センターと紹介機関とがお子様の状況や支援について情報を共有することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名（自署）

お書きいただいた個人情報につきましては、本目的以外に使用いたしません。

別府発達医療センター
 住所：大分県別府市大字鶴見4075番地の1
 TEL：0977-22-4185