

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 ・ 令和	年	月	日	生まれ
	(男・女)					
記入者のお名前	(フリガナ)	〒	-	-	-	-
	続柄					
連絡先	※できるだけ日中連絡がつきやすい番号をお書きください。 (続柄：) ※火曜～金曜(8:30～17:00)で連絡がつきやすい時間帯をお書きください。 火・水・木・金 (: ~ :)					住所

※必ずご確認ください。確認後、口にチェックをお願いします。

- 受診受付に関しては、受診申込書・紹介票を揃えて、紹介機関よりご提出をお願いします。
- 受付期間は毎月1日～15日 まで(必着)です。内容を確認後、翌月にご連絡します。
- 着信があった場合は、折り返しのお電話をお願いします。
- 受診以外の選択肢を提示させていただく場合もあります。
- ご連絡がつかない場合は、診察予約が遅れる場合があります。

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・リハ医療を受けたい () 療育・リハ医療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 () 就学・就園に向けて心配がある () 医師意見書・診断書希望
- () その他 ()

3 お子様について特に気になること、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：言葉が出ないこと/2歳ころから/保健師に相談/相談会を案内された。)

- ・ 特に気になること (困っていること) : _____
- ・ いつ頃から : _____
- ・ 相談相手 : _____
- ・ 受けた対応 : _____

4 妊娠・出産・これまでの健診で何か指摘されたことはありますか。「はい」の場合はその具体的な内容をお書きください。

- ・ 妊娠中 : いいえ ・ はい ()
- ・ 出産時 : いいえ ・ はい ()
- ・ 乳児健診 : いいえ ・ はい (力月健診)
- ・ 1歳半健診 : いいえ ・ はい ()
- ・ 2歳半健診 : いいえ ・ はい ()
- ・ 3歳半健診 : いいえ ・ はい ()
- ・ その他の時期 : いいえ ・ はい ()

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 力月～ 歳 力月 支援 なし・あり・不明
- ・ () 保育園/幼稚園/こども園 歳 力月～ 歳 力月 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: _____ 診断名: _____ 期間: 歳 力月～ 歳 力月まで }
{ 内容: 医師・PT・OT・ST・心理・発達検査(内容: _____) ・ その他 () }
- 児童発達支援事業 { 事業所名: _____ 期間: 歳 力月～ 歳 力月まで }
- 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）

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

幼児期 前期（1歳から3歳の誕生日まで）

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

幼児期 後期（3歳から就学前まで）

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

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。

お子様の発達について参考資料がありましたら添付をお願いします。

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