

※こちらの申込書は相談日前日までに、健康福祉センター(おぼと)2階

『こども未来課』の窓口に 直接提出してください。

受付は平日の8:30~17:15までになります。

担当:地域子育て支援第1係

### 発達相談申込書

記入者		本人との 続柄		記入日	年 月 日	
ふりがな				生年月日 (西暦)	年 月 日	歳
お子さんの の氏名	男・女					
住所	湖西市			連絡先 自宅		
				携帯		
所属	(園・学校・施設)			かかりつけ 医療機関		
	( 年 月 入園・入学)					
家族 構成	続柄	氏名	生年月日	同居・別居	職業・学校等	備考

現在の一日の過ごし方を教えてください。(起床、食事、おやつ、遊び、入浴、就寝など)  
 上段にはお子さんの生活。下段にはあなた(続柄 )の生活を記入してください。

5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2

相談したい内容

裏面にもあります→

相談・通院歴など	相談機関名・医療機関名	期間	相談内容や通院状況				
現在服用中の薬があるようでしたらお書きください。							
薬品名( ) どのような症状に対して							
薬品名( ) どのような症状に対して							
妊娠期間 妊娠( )週		出生体重 ( )g		出生身長 ( )cm			
首のすわり	か月	寝返り	か月	ずりばい	か月	はいはい	か月
お座り	か月	つかまり立ち	か月	つたい歩き	か月	一人歩き	か月
後追い	か月	排泄の自立(尿 歳 か月)(便 歳 か月)					
意味のある言葉 歳 か月 どのような言葉( )							
お子さんの生まれてから現在までの様子について教えてください							
人のいる方向を目で追った		はい・いいえ		授乳中に目線があった		はい・いいえ	
人見知りをした		はい・いいえ		母乳、ミルク、離乳食をよく食べた		はい・いいえ	
「いないいないばー」を喜んだ		はい・いいえ		他の子に興味がある		はい・いいえ	
欲しい物があると指を指す		はい・いいえ		名前を呼ぶと振り返りかえる		はい・いいえ	
偏食がある		はい・いいえ		初めての場所を怖がる		はい・いいえ	
特定の音や光を嫌がる		はい・いいえ		つま先で歩くことがある		はい・いいえ	
行動に落ち着きがなく、目を離すと何処に行くかわからない						はい・いいえ	
手をひらひらさせたり、クルクル回ったり横目で見るなどの癖がある						はい・いいえ	
あなたのすることを真似する(例えば口をとがらせて見せると顔真似するなど)						はい・いいえ	
興味があった時に、指で指して伝えようとした(例えば空を飛ぶ飛行機など)						はい・いいえ	
あなたに見てほしい物がある時、それを見せに来る(例えば花や人形など)						はい・いいえ	
いつもと違うことがあるとあなたの顔を見て確認する						はい・いいえ	
車や積み木など、並べたり投げたり落とす遊びではなく、おもちゃに合った遊びをする						はい・いいえ	