カルテ番号	

松戸市こども発達センター初回相談シート

年　月　日記入

担当者

お子さまの状態をより理解させていただくためにお聞きします。
太枠の中をご記入ください。なお、ご記入いただいた内容は、当センターでの相談や療育にのみ使用します。

ﾌﾘｶﾞﾅ				性別	
お子様の氏名				□男　□女	
生年月日	H・R　年　月　日		来所時　歳　ヶ月		
現住所	〒 市				
電話番号（自宅/携帯）	自宅		（父・母）の携帯		
相談されるお子様と同居しているご家族を記入してください	続柄	氏名	生年月日	職業	健康状態
			S・H・R　・　・		良・否
			S・H・R　・　・		良・否
			S・H・R　・　・		良・否
			S・H・R　・　・		良・否
			S・H・R　・　・		良・否
お子様のことでご心配なこと、センターへ相談したいことは何ですか	いつ頃から気になりましたか？（　）				
ご相談の内容は何ですか	□ 運動発達の遅れ □ ことばが遅い　□ かんしゃく □ 落ち着きがない □ 発音が不明瞭・幼い □ 装具等（整形） □ 勧められたので □ その他（　）		□ 全体的に発達がゆっくり □ こだわり（　） □ 友だちとうまく関われない・集団参加が苦手 □ 吃音 □ 視力・斜視（眼科） □ 通園の希望（保育部門）		
当センターをどちらから紹介されましたか	□ 医療機関から(機関名：　) □ 健康診査（1.6歳児・3歳児）の結果から □ 保健福祉センター（地区保健師）から □ 保健所から □ 教育研究所から		□ 市の福祉関係機関から □ 保育所・幼稚園から □ 児童相談所から □ 直接　□ その他（　）		
現在、定期的に通っている集団はありますか	□ ない □ ある　歳　ヶ月頃から ・（　）幼稚園　週　日 ・（　）保育所・保育園・認定こども園・小規模保育園　週　日 ・児童発達支援（　）　週　日 ・その他（　）　週　日				
利用している福祉制度はありますか	□ 療育手帳（　）　□ 身体障害者手帳（　種　級） □ その他　（　）　□ 小児慢性特定疾患 □ 障害手当　無　・有（障害児福祉手当・特別児童扶養手当・心身障害児福祉手当）				