

相談申込票

記入年月日： 年 月 日 記入者氏名： (続柄)

フリガナ		住所	〒
お名前	男・女		
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	電話番号	自宅： 携帯（本人）： （保護者）：
所属	学校名： その他：	(小・中・高等) 学校 年生	

当院をどのようにお知りになりましたか

1. インターネット 2. 紹介（医療機関・行政機関・教育機関・知人） 3. 看板、近所

◆ご相談にあたって（枠内に簡潔におねがいます）

ご相談したいことはどんなことですか。

お困りのことはいつ頃から始まりましたか。

これまでどんな対応をされてきましたか。（医療機関受診、家庭での工夫等）

受診にあたり、お子様にどのように説明しましたか。

◆家族構成（本人以外）

続柄	氏名	年齢	同居	職業
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	

※相談申込票は2枚綴りになっています。2枚目までご記入ください。

◆生育歴 当てはまるものがあれば、のなかにチェックをいれてください。

0～1歳	
◇出生時の様子 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 未熟児（ <input type="checkbox"/> g） <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）	
◇0～1歳の間で気になった、または周囲から指摘されたこと	
<input type="checkbox"/> 人見知り（8～9か月）がなかった <input type="checkbox"/> 後追いがなかった	
<input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも振り向かない	
◇乳幼児健診で何か指摘されたことはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⇒あると答えた方は、その月齢と指摘された内容について （ <input type="checkbox"/> ）	
幼児期	
◇幼児期で気になった、または周囲から指摘されたこと	
<input type="checkbox"/> 人やテレビの動作の真似をしない <input type="checkbox"/> 指さしをしない <input type="checkbox"/> 表情が少ない	
<input type="checkbox"/> 落ち着きのなさ	
⇒（ <input type="checkbox"/> 歳頃）／具体的な様子（ <input type="checkbox"/> ）	

◆学歴（幼稚園・保育園からお書きください）

学園・学校名	年月	状況	その他（転校など）
		卒園	
		卒業・中退・在学中	
		卒業・中退・在学中	
		卒業・中退・在学中	
		卒業・中退・在学中	

◆その他（カウンセリングに対しての要望や配慮してほしいこと、気になることがあればお書きください。）

相談申込票は以上です。ご協力ありがとうございました。