



氏名（ふりがな）		呼び名・愛称		相談支援事業所	
				計画相談（ 事業所 担当： ）・ セルフプラン	
				委託相談（ 事業所 担当： ）	
○事業所見学・利用に至った経過、紹介など					
○受診・診断・服薬について					
（診断名）			（診断を受けた時期）		
（病院名）		（診断医師）		（服薬）	
				なし・あり：	
○生育歴 *母子手帳を見ながらご記入ください					
≪妊娠中≫ ・妊娠中の異常（ なし・あり：切迫流早産・妊娠高血圧症候群・貧血・その他 ）					
≪新生児期≫ ・分娩方法（自然分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩）・分娩所要時間（ 時間 分）					
・出生時またはそのあとの異常（なし・ありの場合： ）					
・退院時の記録（ 年 月 日 生後 日）・その他特記事項（ ）					
○各種健診について					
済・未	健診名	受けた場所	伝えられたこと・指導事項		
	4か月児健診				
	10か月児健診				
	1歳6か月児健診				
	3歳児健診				
○検査について（最新の検査をご記入ください。）					
発達検査 【 あり ・ なし 】【検査名： 】					
検査を受けた日	病院名	結果（IQ/DQなど）	コピーの有無		
年 月 日			有 ・ 無		
脳波検査 【 あり ・ なし 】					
検査を受けた日	病院名	医師名	結果		
年 月 日					
その他の検査【 あり ・ なし 】（聴力検査、嚥下検査等）					
○かかりつけ医について 【 あり ・ なし 】					
病院名	診療科	主治医	通院頻度		