|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\106507\Desktop\がくとくん画像データ\1がくと   基本形\顔出しがくとくん（背景透明） 24.3K.jpg**フェイスシート（児童発達支援）　　　　　　　 | C:\Users\106507\Desktop\がくとくん画像データ\2おんぷ　基本形\顔出しおんぷちゃん（背景透明） 23.3KB GIF.gif**（記入日　　　　年　　　月　　　日）** |
|  |
| 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：　　　　） |  |
| 〇事業所見学・利用に至った経過、紹介など |  |
|  |  |
| 〇受診・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： |  |
| 〇生育歴　＊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（　　　　　　　　　） |  |
| 〇各種健診について |  |
| 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 | 　 | 　 |  |
| 〇検査について　（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） |  |
| 　 |  |
| 　 |  |
| 〇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 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

郡山市障がい者自立支援協議会子ども支援部会　児童発達支援事業所連絡会　作成