

リハビリテーション相談票： 児童用

依頼日 令和 年 月 日

相談 依頼者	所属			TEL				
	職種・氏名			FAX				
相談者 氏名	_____ 様(男・女)		生年月日	令和 年 月 日	(歳 ヶ月) 学年 _____			
相談内容	【家族が気になること・相談したいこと】							
	【担当者の相談内容】							
診断名等			受診状況	医療機関名： 主治医：				
既往歴			身障手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (種 級)				
			療育手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (A・B)				
利用サービス								
福祉制度	特別児童扶養手当 (<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり) 重度心身障害児医療費助成 (<input type="checkbox"/> なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり)							
医療機関から家族が 受けている説明	訓練内容							
	生活指導							
家族 構成	続柄	年齢	職業	同居・別居	続柄	年齢	職業	同居・別居
生育歴	出生時： 分娩 (自然・吸引・鉗子・帝王切開) Apgar Score (点) 在胎週数 (週) 体重 (g) 身長 (cm) 特記事項 ()							
	乳幼児期： 栄養 (母乳・混合・人工) 哺乳力 (良・不良) 離乳 (ヶ月～) 首すわり (ヶ月) 喃語 (ヶ月) 寝返り (ヶ月) ひとり座り (ヶ月) つかまり歩き (ヶ月) つたい歩き (ヶ月) 意味のある言葉 (ヶ月) ひとり歩き (ヶ月)							
備考	都合の良い時間帯や曜日、相談時に配慮が必要なこと等							

※1：太枠の中の必要事項のご記入をお願いします。

※2：相談者の基本情報がわかる資料（インテーク等）がある場合は添付願います。

※3：上記の内容をもとに日程、支援内容を調整します。事前に電話連絡の上、依頼してください。

宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班

〒988-0066 気仙沼市東新城3丁目3番地3

電話：0226-22-6614

FAX：0226-24-4901

E-mail：kshwfz-sk@pref.miyagi.lg.jp