

川崎市立龔学校 乳幼児教育相談申込票

ふりがな		性別		
子どもの名前			生年月日 20 年 月 日生	
住所 連絡先	〒 市 区		連絡 先	自宅電話番号
				携帯電話番号（所有者 ）
家族等  記入できる範囲で 記入して下さい	名 前	関係	年齢	所属（学校・園など）他
周産期 分かる範囲で 記入して下さい	母親の健康 健康・他（ ）			
	出産（自然・他 ）週数（ 週 ）体重（ g）			
乳児期 分かる範囲で 記入して下さい	首のすわり（ か月）おすわり（ か月）はいはい（ か月）			
	始歩（ か月）人見知り（有 無）後追い（有 無）始語「手話含む」（ か月）			
	その他気になったこと（ ）			
新生児聴覚 スクリーニング	場所（ ）結果（リファー パス）			
精密検査	場所（ ）結果内容・結果（ABR ASSR ）			
聴力等	裸耳聴力 右（ dB）左（ dB）検査機関名（ ）			
	補聴器 右（有 無）左（有 無）いつから 年 月（ 歳 ヶ月）			
	人工内耳 右（有 無）左（有 無）			
	手術 いつ 年 月（ 歳 ヶ月）病院名（ ）			
身体障害者手帳（有「 級」 無）				
その他の 医学的所見				
現在、利用してい る相談機関、医療 機関、支援機関等				
乳幼児教室にお ける相談内容 本校で受けた 支援				

上記の個人情報について、貴校乳幼児教室における支援に役立てるため、校内に保有・共有されることに同意します。

保護者サイン（自署）

【相談申込日】 年 月 日