

【 申 込 書 】

「ママのための相談室」

【相談を希望される場合は、以下の1) 2) 3) 4) をご記入後、クリニック受付に提出して下さい】

1) 最も、ご相談したい方（お子様・ご本人など）の情報をお書き下さい

(ふりがな)		(申込日)	平成	年	月	日
氏 名		男・女	S・H	年	月	日 (歳 か月)
住 所		〒 市				
連 絡 先		<ご自宅> <携帯番号> (*必須)				
(ふりがな)		<お願い>相談日に関する事前調整(連絡)が必要な場合がございます。お申込み日より、2日以内(休日除く)に ぽぽしえん080-5110-1902より、ショートメール(または、電話)でご連絡させていただきます。お願い致します				
★ 申込者氏名 ★		男・女	S・H	年	月	日 (歳 か月)

<家族構成> ・祖父母がいる場合は、()に○印をご記入下さい。
 ・お子様、ご兄弟関係の欄の男女いずれかに○印、()に各年齢をご記入下さい
 ・その他、相談したい方(お子様は、兄弟順の位置下()に)に○印をご記入下さい
 ・同居されているご家族を囲んで下さい

```

  graph TD
    GP[祖父( ) 祖母( )] --- P[父 お名前 ( )歳]
    GM[祖父( ) 祖母( )] --- M[母 お名前 ( )歳]
    P --- U[上 ( )歳 男・女]
    P --- D[下 ( )歳 男・女]
    M --- U
    M --- D
  
```

2) 毎月の相談日をご確認の上、希望日・時間(○で囲む)をお書き下さい(受付で日程調整をさせていただきます)

相談希望日	月	日	()	9:00	10:30	/	13:00	14:30
(第3希望まで)	月	日	()	9:00	10:30	/	13:00	14:30

3) ご相談したい項目(以下の該当項目全てに)の□に印(✓)を入れ、その他[]には、内容をお書き下さい。

また、✓された項目のうち、最も相談をしたい上位1~3番を□の左横に数字(1・2・3)でお書き下さい(項目を数個まとめて可)

* 今回の相談で、お子様の発達検査を希望されますか？(ただし、予約状況によっては、お待ちいただく場合がございます)

(希望したい ・ 希望しない ・ 相談してから決めたい)

◆ お子様の発達 ◆	◆ お子様の生活 ◆	◆ お母様ご自身のこと ◆
<input type="checkbox"/> 1 落ち着きがない(動きが多い) <input type="checkbox"/> 2 衝動(突発)的に動く <input type="checkbox"/> 3 乱暴的である <input type="checkbox"/> 4 運動発達がゆっくり(歩かない) <input type="checkbox"/> 5 視線が合わない <input type="checkbox"/> 6 笑わない <input type="checkbox"/> 7 関わりにくい <input type="checkbox"/> 8 ことばが遅い <input type="checkbox"/> 9 指差ししない <input type="checkbox"/> 10 理解していない <input type="checkbox"/> 11 人見知りが強い <input type="checkbox"/> 12 初めての場所が苦手 <input type="checkbox"/> 13 親子で一緒に遊べない <input type="checkbox"/> 14 集団での活動が難しい (お友達の中に入れない) <input type="checkbox"/> 15 マイペースである <input type="checkbox"/> 16 興味の偏りがある <input type="checkbox"/> 17 かんしゃくがある <input type="checkbox"/> 18 その他	<input type="checkbox"/> 19 食事(離乳食・幼児食) <input type="checkbox"/> 20 おやつ・お菓子 <input type="checkbox"/> 21 断乳・卒乳 <input type="checkbox"/> 22 トイレトレーニング <input type="checkbox"/> 23 歯磨き <input type="checkbox"/> 24 着替え <input type="checkbox"/> 25 お風呂 <input type="checkbox"/> 26 睡眠(お昼寝) <input type="checkbox"/> 27 生活リズム <input type="checkbox"/> 28 玩具 <input type="checkbox"/> 29 離せない物がある <input type="checkbox"/> 30 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 31 遊び・遊ばせ方 <input type="checkbox"/> 32 TV・ビデオ・スマホ・動画 <input type="checkbox"/> 33 赤ちゃん返り <input type="checkbox"/> 34 イヤイヤ期 <input type="checkbox"/> 35 兄弟げんか <input type="checkbox"/> 36 園選び <input type="checkbox"/> 37 その他	<input type="checkbox"/> 43 家族との関係 (夫・親・舅・姑など) <input type="checkbox"/> 44 周りとの人間関係 (ママ友・先生・ご近所など) <input type="checkbox"/> 45 生育歴/トラウマなど <input type="checkbox"/> 46 自分の時間がない (時間の作り方) <input type="checkbox"/> 47 リフレッシュ方 (クールダウン) <input type="checkbox"/> 48 離婚・再婚 <input type="checkbox"/> 49 母性神話 (できない自分はダメ) <input type="checkbox"/> 50 ネットに振り回される <input type="checkbox"/> 51 子ども天使像 <input type="checkbox"/> 52 その他
◆ お子様とお母様の関係 ◆		◆ ことば・きこえなど ◆
<input type="checkbox"/> 38 叱り方⇄褒め方 (すぐ、怒ってしまう) <input type="checkbox"/> 39 かわいいと思えない <input type="checkbox"/> 40 関わり方(向き合い方)	<input type="checkbox"/> 41 お子様の言いなりになっている <input type="checkbox"/> 42 その他	<input type="checkbox"/> 53 ゆっくり・遅い <input type="checkbox"/> 54 不明瞭(使い方など) <input type="checkbox"/> 55 吃音(どもり) <input type="checkbox"/> 56 構音機能確認 <input type="checkbox"/> 57 その他



4) 相談日にお越しになる方を教えて下さい(該当する方、すべてに○を付けて下さい)

お母様 ・ お子様(相談希望の方) ・ お子様のご兄弟(名) ・ お父様 ・ 祖父 ・ 祖母