

様式2

「聞こえの相談」申込書

ふりがな 児童氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)	性別	男・女
保護者氏名		住所 (電話番号)	()	家族構成 ※年齢・職業の記載	
保育・幼稚園	() 保育園・幼稚園				
同伴予定者	保護者() 保育所() 市町村() 幼稚園()				
相談を受けることは保育所・幼稚園は知っていますか？ はい・いいえ					
① 相談目的 (誰が、どんなことで困っているか・どんなことが気になっているか・相談したいことなどをお書きください)					
② 現在の状況を教えてください。 ことばが遅い() 発音が不明瞭() 指示が通りにくい() 友達の行動から遅れて動く() 聞き返が多い() 後方からの呼名に振り返る() ご家族に難聴の方はいますか？ はい・いいえ 中耳炎： あり ・ なし ありの方… くり返し罹っていますか？ はい・いいえ 鼓膜切開をしましたか？ はい・いいえ 治療はいつ頃ですか？ () 医療機関() 3歳児健診の聴力の項目： 通過 ・ 未通過 (再検査の結果など) 生まれた産婦人科() 新生児聴覚スクリーニング検査： 受けた (異常なし ・ 再検) ・ 受けていない <その他>					
③ 今までに健診や相談、診察を受けた事があればお書きください 年 月 ごろ 相談や診察を受けた場所() <アドバイスされた内容>					
④ 市町村の関わり・支援内容について					
⑤ 備考 (相談実施にあたっての留意点等ありましたらお書きください)					