相談申込書

Formulário de Consulta

記入年月日　　　　　　年　　　月　　　日

Data ano mês dia

担当者responsável

|  |
| --- |
| この申込書は面談の基礎となるものですので、正確に、はっきりとご記入ください。Este formulário servirá de base para a consulta. Por favor, preencha todos os itens corretamente. |
| 記入者 | Registrante |  | 続柄 | Relação |  |
| ご本人 | Paciente | ふりがな氏名Nome | 男・女M・F | 生年月日年 　　　月 　　　日　生まれ　　　　　歳ano　　　mês　　　dia　nascimento anos |
| 住所　　〒浜松市　　　　　区 | TEL: ( )FAX: ( )緊急連絡先（携帯など）　　　 ( )Contato para emergência (ou celular) |
| 所属（学校・施設・勤務先など）Ocupação (Escola・Repartição・Local de trabalho) | かかりつけ医Hospital onde faz tratamento診断名Diagnóstico |
| 家族構成 | Membros da família | 氏名Nome | 続柄Relação | 生年月日Data de nascimento | 職業・学校Ocupação・Escola | 備考Observações |
|  |  |  |  |  |
| 相談したい内容Assunto da consulta |
| 備考Observações:NO. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 発達相談支援センター「ルピロ」Hattatsu Soudan Shien Center 「Rupiro」 |

|  |  |
| --- | --- |
| アンケート　NO. 1 (学童期)　 / Enquete Nº 1 (Idade Escolar) | 氏名／Nome |
| 周産期 | Nascimento | 出生時の体重 (peso ao nascer) | gr. | 在胎 (tempo de gestação ao nascer) | 週 (semanas) |
| その他、周産期にまつわることで何かありましたらお書きください(Caso haja algum outro fato a relatar neste período, por favor escreva aqui). |
| 乳児期 | Infância (0 a 1 ano) | 首のすわり(firmou o pescoço) | ヶ月(meses) | はいはい(começou a engatinhar) | ヶ月(meses) | おすわり(começou a sentar) | ヶ月(meses) |
| 歩き始め(começou a andar) | ヶ月(meses) | 意味のある言葉(começou a falar) | ヶ月(meses) | (内容palavra falada: ) |
| １歳になる前（０歳児）お子さんについて、気になったことがありましたら、○をつけてください。Se antes de completar um ano, a criança tiver apresentado quaisquer dos itens a seguir, assinale-os com um círculo ( ○). |
| * 人のいる方向に顔を向けなかった

não virava o rosto quando outra pessoa estava perto* 母を視線で追わなかった

não seguia o movimento da mãe* 母の顔を見ても笑顔を見せなかった

não sorria ao ver o rosto da mãe* 人見知りをしなかった

não estranhava outras pessoas* 人見知りが激しかった

estranhava outras pessoas* あやしても喜ばなかった

não se acalmava ao ser ninado ou carregado* 音がしても知らんふりをしていた

não manifestava reação a sons* おとなしくて手がかからない子だった

era calmo e não deu trabalho | * 人とのかかわりを嫌がり、ひとりの方が機嫌が良かった

não gostava da presença de estranhos / gostava de ficar sozinho* 抱きにくく、抱かれにくい子だった

era difícil de carregar no colo* オツムテンテンなど（まね）をしなかった

não imitava os gestos em brincadeiras de imitação* おもちゃへの興味が少なかった

não tinha interesse em brinquedos* 睡眠が不規則だった

apresentava sono irregular* かんの強い子だった

era uma criança nervosa / agitada* 言葉が少なかった

era uma criança calada / de poucas palavras* その他outros ( )
 |
| 乳幼児検診 | Exame médico de infância | １歳６ヶ月健診exame de 1 ano e 6 meses(場所local: ) | 内容（結果・医師、保険師等から指導を受けたことなど）conteúdo (resultado ・médico e enfermeira pública / assistente social) |
| ３歳児健診exame de 3 anos(場所local: ) | 内容（結果・医師、保険師等から指導を受けたことなど）conteúdo (resultado ・médico e enfermeira pública / assistente social) |
| その他の検診で指摘されたことがありましたら、お書きささい。Caso haja algum fato que tenha sido relatado nos exames, por favor, escreva-os aqui: |
| 幼児期 | Pré-escolar | お子さんについて今までに気になったことありましたら　○　つけてくださいSe neste período a criança tiver apresentado quaisquer dos itens a seguir, assinale-os com um círculo ( ○). |
| * 親から平気で離れた

não estranhou / chorou com a ausência dos pais* 頻繁に迷子

perdia-se frequentemente* 目が合わなかった

não olhava outra pessoa nos olhos* 呼名を無視

não atendia a chamados* 言葉の遅れ

não falava com fluência | * オウム返し

não repetia (imitava) as palavras de outra pessoa* 奇妙な動作、しぐさ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

apresentava comportamentos / gestos estranhos* こだわりやすい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

era sistemático com as coisas* 興味のかたより（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

só se interessava pelas coisas que gostava |
| 通園歴 | Frequência à creche | 園・施設名Nome da instituição | 通園期間Período de frequência | 園・施設名Nome da instituição | 通園期間Período de frequência |
|  | 　　年　　月　〜　　年　　月 |  | 　　年　　月　〜　　年　　月 |
| 園の職員や周り方からお子さんについて何か指摘を受けたことがあればお書きください。Caso haja algum fato que tenha sido relatado neste período, por favor, escreva-os aqui: |
| 集団生活の中で、何か気になることがあればお書きください。Se há alguma preocupação em relação à convivência em grupo, por favor escreva.(ひとり遊びが多い、職員・友達との関係など) (brincar sozinho, funcionários ・relação com amigos) |

|  |  |
| --- | --- |
| アンケート　NO. 2 (学童期)　 / Enquete Nº 2 (Idade Escolar) | 氏名／Nome |
| 通学状況 | Frequência à escola | 学校名Nome da Escola | 通園期間Período de frequência | 学校名Nome da Escola | 通園期間Período de frequência |
|  | 　　年　　月　〜　　年　　月 |  | 　　年　　月　〜　　年　　月 |
|  | 　　年　　月　〜　　年　　月 |  | 　　年　　月　〜　　年　　月 |
| 学習や勉強の問題について、気になることがありましたら○をつけてください。Caso algum dos problemas abaixo tenha sido detectado no processo de aprendizagem escolar, assinale com um ○: |
| * 読み書き

Leitura e escrita | （具体的に/Especifique: ） |
| * 計算

Operações matemáticas | （具体的に/Especifique: ） |
| * 会話

Conversação | （具体的に/Especifique: ） |
| * 極端な不器用さ

Extremamente desajeitado | （具体的に/Especifique: ） |
| * 視力、聴力

Visão e Audição | （具体的に/Especifique: ） |
| * その他

Outros | （具体的に/Especifique: ） |
| 現在の学習成績と評価について（成績表の評価、テストの点数など）Resultado atual das médias e avaliações (boletim escolar, testes, etc.) |
| 相談歴 | Histórico de consultas | 相談機関名　（健康センター・教育機関等）Local da consulta (centro de saúde ・ órgãos de consulta) | 相談期間Período da consulta | 相談内容Conteúdo |
|  | 年　　月　〜　　年　　月 |  |
|  | 年　　月　〜　　年　　月 |  |
| 通院暦 | Histórico de Consultas médicas | 病院名Nome do hospital | 通院期間Período da consulta | 通院状況Resultado da consulta |
|  | 年　　月　〜　　年　　月 |  |
|  | 年　　月　〜　　年　　月 |  |
|  | 年　　月　〜　　年　　月 |  |
| 診断 | Diagnóstico | 発達障害の診断Diagnóstico de transtorno do desenvolvimento | 診断名Diagnóstico | 診断時期Época da Consulta | 診断機関Repartição de Saúde | 診断医Médico responsável |
| 済　　・　　未Sim ・ Não |  | 年　　　月 |  |  |
|  | 年　　　月 |  |  |
| 服薬Uso de medicamentos | なし・ありSim ・ Não | 薬名Nome do medicamento  | 症状（不眠・多動・ADHD ）Sintomas (Insônia・Hiperatividade・SDA-Déficit de Atenção |
| 薬名Nome do medicamento | 症状（不眠・多動・ADHD ）Sintomas (Insônia・Hiperatividade・SDA-Déficit de Atenção |
| 家族・親戚（おじ、おば、いとこなど）に下記の病気・障害の方はありますか。Família・Parentes (tio, tia, primos) que tenham os problemas abaixo: |
| 精神遅滞Deficiência mental | （ないNão・あるSim） | 先天性盲Cegueira congênita | （ないNão・あるSim） |
| 自閉症Altismo | （ないNão・あるSim） | 先天性聾Surdez congênita | （ないNão・あるSim） |
| 言葉の遅れAtraso no desenvolvimento da linguagem | （ないNão・あるSim） | 精神疾患Transtornos psiquiátricos | （ないNão・あるSim） |
| てんかんEpilepsia | （ないNão・あるSim） | 神経疾患Transtornos neurológicos | （ないNão・あるSim） |
| 脳性麻痺Paralisia cerebral | （ないNão・あるSim） | 反社会性Comportamento anti-social | （ないNão・あるSim） |

* ここで知り得た情報は、当センターでの支援以外の目的で使用することはありません。Os dados informados neste formulário serão utilizados apenas para assistência clínica. Nenhuma informação contida nele será utilizada para outros fins.

ご協力、ありがとうございました。Obrigado pela colaboração.

発達相談支援センター「ルピロ」

Hattatsu Soudan Shien Center 「Rupiro」