(旭川市-様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（関係機関→旭川市）

**乳幼児支援関係機関連絡書・報告書**

令和　 　年　　 月　　 日

おやこ応援課長様

関係機関名

所在地

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者

下記の乳幼児の支援について，旭川市子育て支援部おやこ応援課との連携を必要とするため連絡いたします。

□保護者からの情報提供に対する同意

**情報提供の目的について，該当する□を■にしてください（レ点も可）**

□発達等に関する心配がある児

□障がいや重症の疾患を有する可能性がある児

□関係者が不安を感じる等，養育に支援を必要とする親を持つ児　□その他（　　　　　　　　　　　　）

裏面へ

|  |
| --- |
| ※以下の全てに記載し，その内主に支援が必要な対象者の□は■にしてください（レ点も可） |
| □児 （　　　　　　　　　　　　）男・女　平・令　　年　　月　　日生　　　　歳　　か月 |
| □母 （　　　　　　　　　　 　　 ）平・昭　　年　　月　　日生（　　　歳）職業（　　　　　　　　　　　　）　 電話番号：□携帯□自宅（　　　－　　　　－　　　　 　 ） |
| □父(パートナー)　　　（　　　　　　　　　　 　 　）平・昭　　年　　月　　日生（　　　歳）職業（　　　　　　　　　　　　）電話番号：□携帯□自宅 （　　　－　　　　－　　　 　　 ） |
| □キーパーソン（　　　　　　 　　　　 　）平・昭　　年　　月　　日生（　　　歳）■との続柄（　　　　　　　　　　　　　　）　電話番号：□携帯□自宅（　　　－　　　　－　　　　 　） |
| ■の住所 | 旭川市電話番号　　　　　　　　　　　　（自宅・その他　　　　） |
| 家族構成（必須） |  |

**以下，該当するもの（複数可）は□を塗りつぶし（レ点も可），その他は具体的に記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児の状況児の状況 | 発育 | 身長：　　　　．　　㎝　　体重：　　　．　㎏　［Ｒ　　年　　　月　　　日］ |
| □発育の遅れ　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康状態等 | □疾患・障害有　　　　　（疾患・障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　□かかりつけ医療機関名　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治療：□有□無）□健診・予防接種未受診 |
| 言葉・対人面 | □発音が不明瞭　　　□吃音がある　　□言葉の数が少ない　　□オウム返しが多い　□会話が一方的である　　　　　　　　□物や手順にこだわりやすい□他者との距離が極端に近い　　　　　□自ら集団の輪からはずれやすい□集団行動が苦手□言葉の理解ができず，同じことを繰り返す。□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 情緒面 | □表情の変化が少ない　　　　　□極端にこわがり　　　□大人の顔色をうかがう　□落ち着きがない　　　　　　　□危ないことをする□身体接触を極端にいやがる　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日常生活 | □衣服の着脱が苦手　　　　　　□靴をはくことが苦手　　　　　□スプーン・フォークを使うことが苦手□体の大きさに合っていない衣服や靴を着用□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動面 | □体を使う遊びが苦手　　　　　□はさみなどの道具の操作が苦手□転びやすい　　　　　　　　　□力の加減がわからない□ジャンプが苦手□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 養育環境 | 養育者の健康状態等 | □疾患・障害有（疾患・障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治療：□有□無）□介護を要する状態　　　　　　□不安感が強い　　　　　□疲労感が強い□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 養育者の児との関わり | □安全面への配慮が苦手　　　　□育児手技が不慣れ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族関係 | □シングルマザー　　　　□シングルファザー　　　□育児への支援者無し□経済的に不安定□児の養育に支障をきたすほど兄弟の養育に手がかかる□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項等 | （関係機関での対応，その他連絡事項等） |
| この連絡書に関する連絡先 | 職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　（内線　　　　　） |