

下記以外の機関にかかっている場合は、空欄に機関名などを記入してください。

利用の有無	機 関 名	期 間	内 容
有・無	八尾市保健センター（4ヶ月健診、1歳半健診、3歳半健診を除く）	～	
有・無	八尾市保健所	～	
有・無	東大阪子ども家庭センター	～	
有・無	八尾しょうとく園	～	
有・無	八尾市立医療型児童発達支援センター いちよう	～	
有・無	親子教室（子育て総合支援ネットワークセンター「みらい」）	～	
有・無	家庭児童相談室（子育て総合支援ネットワークセンター「みらい」）	～	
有・無	大阪府立母子保健総合医療センター	～	
有・無	大阪市立総合医療センター	～	
		～	
		～	

※ 上記の関係機関に問い合わせることがありますので、ご了承ください。

※子どもさんの発達について気になること、心配なことがあれば、ご記入ください。