

## 【保護者向け】

## 薩摩川内市版 発達外来等医療機関受診のための『紹介票』について

家庭や保育園・幼稚園・学校等の生活の中で困りごとがあるお子さんの相談や医療機関の受診が増えていきます。

しかし、医療分野だけでお子さんの困りごとが解決するわけではなく、家庭・保育・教育の現場での環境調整や福祉の療育等、一人一人のお子さんに合った支援方法を併せて検討していくことが大切です。

そこで、お子さんの生活の中での困りごとを家族・関係者で把握し、スムーズな受診と、受診前の支援を振り返ることができるよう、医療機関受診のための『紹介票』を作成しました。紹介機関と話し合いながら記入し、お子さんの生活のことを一緒に考えていただけたらと思います。

## 【紹介票の構成】

3種類の様式で構成されています。受診の際には、全ての様式を専門医療機関へ提出します。

- ・様式1：紹介票（紹介機関で記載）

通っている園・学校や利用しているサービス、困っていること、今までの相談・受診歴を記載

- ・様式2：問診票（保護者で記載）

家族関係や今までの生育歴、発達の状況、既往歴について記載

- ・様式3：質問票（紹介機関で記載）

現在のお子さんの様子を記載

## 【受診の流れ～保護者】

- 1 保護者と紹介機関が情報を共有する。

①専門医療機関に電話で予約を行う。

②紹介機関とともに、紹介票等を作成する。（図①）

③紹介票等の内容を確認し、同意の署名を行う。

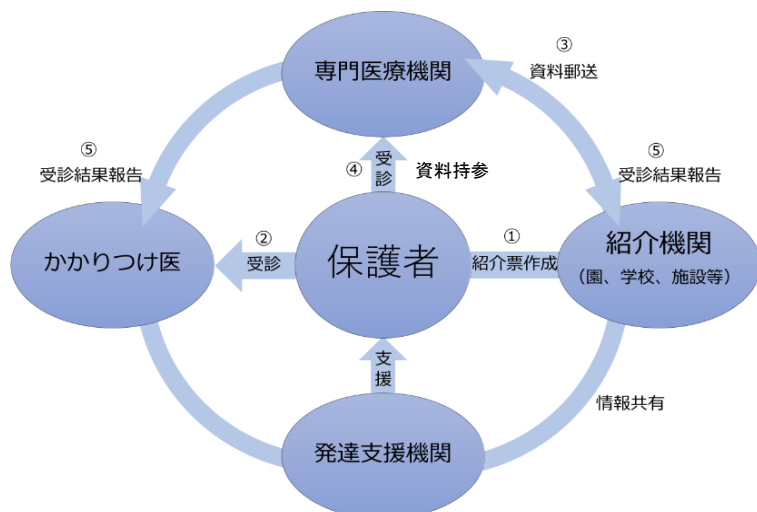
④（時間が無い場合は）保護者が問診表を受診までに記載する。

紹介機関が必要に応じて、関係書類を事前に医療機関に送付する場合があります。（図③）

- 2 （済生会川内病院を受診する場合）子どもと一緒にかかりつけ医（小児科が望ましい）を受診し、紹介票に署名をもらう。（図②）

- 3 かかりつけ医から受け取った紹介票と、記載した問診表等を持参し、子どもと一緒に専門医療機関を受診する。（図④）

- 4 専門医療機関は診察後、保護者及び紹介機関、かかりつけ医に診察の結果を報告する。（図⑤）



## 【作成元】

薩摩川内市障害者自立支援協議会  
こども部会 紹介票検討チーム

## 【問い合わせ先】

薩摩川内市子ども発達支援センター  
つくし園

TEL：0996（20）1288

e-mail：

tukushi\_key@po5.synapse.ne.jp

# 【紹介票】

医療機関名【

】病院 初診申込

# 様式1

※日付は全て西暦で記入してください。

※済生会川内病院受診の際は、紹介票を記載後、かかりつけ医療機関を受診し、以下を記載してもらってください

下記児童について、紹介票の内容を確認し、発達外来受診が必要と判断しました。

日付： 年 月 日

医療機関名称

医師氏名

※保護者に確認の上、紹介機関で記載してください

作成日： 年 月 日

## 【紹介機関(園・学校・施設)】

機関名		住所	〒
担当者名 (職名・職種)		連絡先	

## 【受診する子どもについて】

ふりがな		性別		生年月日	年 月 日
氏名				年齢	歳 か月
障害者手帳 当てはまる ものに○	なし	あり	手帳種類	等級	発行年月日
			身体障害者手帳		年 月 日
			療育手帳		年 月 日
			精神保健福祉手帳		年 月 日
ふりがな		続柄		住所	〒
保護者氏名					
連絡先①		連絡先②			
氏名		続柄		氏名	続柄

## 【通園・通学している施設】 記載 及び 当てはまるものに ○

園・学校名		住所	〒
クラス	年少 ・ 年中 ・ 年長	／	年 月から通園
学年	年 組	／	通常の学級 ・ 特別支援学級(情緒 ・ 知的) ・ 通級指導教室
担任名		連絡先	
通園・通学状況 当てはまるものに○		ほぼ欠席や遅刻・登園しぶりはない	
		たびたび欠席や遅刻・登園しぶりがある	
		長期欠席している	／

## 【現在利用しているサービス等】(児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・日中一時など)

施設名	開始時期	年 月頃から
	頻度	月・週 (どちらかに○)に 回
施設名	開始時期	年 月頃から
	頻度	月・週 (どちらかに○)に 回
施設名	開始時期	年 月頃から
	頻度	月・週 (どちらかに○)に 回

**【受診について】**

※保護者に確認の上、紹介機関で記載してください

受診目的 当てはまるものに○ 複数回答可		診察の結果、診断がつく場合には、お伝えすることを希望する
		診断は希望せず、困りごとへの対応やアドバイスのみを希望する
		書類作成[ ]※書類作成のみの受診は受付ておりませ

**【相談内容】**

主訴 (最も相談したい内容)	
-------------------	--

※ その他当てはまるものに○をつけ、下記に具体的内容を記載してください。

<input type="checkbox"/>	ことばの発達	<input type="checkbox"/>	コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	こだわりが強い
<input type="checkbox"/>	不安	<input type="checkbox"/>	かんしゃく	<input type="checkbox"/>	落ち着きがない
<input type="checkbox"/>	集中できない	<input type="checkbox"/>	忘れっぽい	<input type="checkbox"/>	学習の遅れ
<input type="checkbox"/>	不器用	<input type="checkbox"/>	感覚過敏	<input type="checkbox"/>	睡眠
<input type="checkbox"/>	食事	<input type="checkbox"/>	その他[ ]		

困りごとの具体的な内容や、現在行っている支援について記載してください

**【以前の相談・検査について】**

※現在までに専門の相談機関や医療機関等で発達の相談をしていれば記載してください。

相談機関名		時期	年	月頃
-------	--	----	---	----

実施したことがある検査に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	CT	<input type="checkbox"/>	MRI	<input type="checkbox"/>	脳波検査
<input type="checkbox"/>	染色体検査	<input type="checkbox"/>	聴力検査	<input type="checkbox"/>	その他検査[ ]
<input type="checkbox"/>	発達検査	<input type="checkbox"/>	WISC(ウィスク)	<input type="checkbox"/>	田中ビネー
<input type="checkbox"/>	新版K式	<input type="checkbox"/>	詳しくは分からない	<input type="checkbox"/>	その他[ ]

紹介票記載内容を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- ・紹介票、問診票等必要書類を医療機関に提出すること
- ・受診前後に、紹介機関・医療機関・これまでに関りのあった発達支援機関等関係機関で情報を共有すること  
(情報の取り扱いには守秘義務が課せられています)

日付:                    年                    月                    日

保護者署名(自書)

# 【問診票】

医療機関名【

# 】病院 初診申込

# 様式2

※保護者に記載してもらってください

記入日： 年 月 日

## 【家族等について】 記入 又は 当てはまるものに○

		性別	年齢	職業・学年	同居	別居	別居の場合：居住地
本人(相談する子ども)							
父親							
母親							
婚姻関係等 当てはまる ものに○	継続	年 月頃			死別	父・母 / 年 月頃	
	離婚						

		性別	年齢	職業・学年	同居	別居	別居の場合：居住地
きょうだい							
きょうだい							
きょうだい							
きょうだい							
父方	祖父						
	祖母						
母方	祖父						
	祖母						
薩摩川内市外から転入 当てはまれば○			時期	年 月頃	転入前市町村		
施設に入所している 当てはまれば○			時期	年 月頃から	施設名		

## ※家族・親族に以下の病気があれば○をつけてください

がん	心疾患	脳卒中
腎不全	てんかん	膠原病
内分泌の病気	神経や筋肉の病気	精神疾患
発達障害	その他〔	

## 【本人の病気等について】 記載 及び 当てはまるものに ○

### ※本人が現在までに診断を受けたことがある病気に○をつけてください

熱性けいれん	てんかん	喘息(ぜんそく)
アレルギー性鼻炎	脳や神経の病気	頭部外傷
その他〔		

### ※本人が日頃使用している薬があれば○をつけてください

多動や乱暴行為の治療薬	気分の不安定さの治療薬	寝つきの薬
てんかんの薬	喘息やアレルギー性鼻炎の薬	
その他〔		

【妊娠中の病気等について】

※妊娠中の病気等について、当てはまるものがあれば○をつけてください

妊娠高血圧症候群	妊娠糖尿病	切迫流産・早産
Rh不適合	感染症	飲酒
喫煙	その他〔	

【出産時の状況について】

当てはまるものに○

在胎週数	週	日	出生体重	g	経膈分娩	
					帝王切開	

※当てはまるものに○をつけてください

前期破水	新生児仮死	黄疸
低血糖	感染症	呼吸切迫症候群
その他〔		

【発達について】 記載 及び 当てはまるものに ○

月齢	発達の様子	どちらかに○	できた時期
3・4か月	首がすわる	はい ・ いいえ	か月頃
	あやすと笑う	はい ・ いいえ	か月頃
7・8か月	寝返り	はい ・ いいえ	か月頃
	ひとり座り(支えなしで座れる)	はい ・ いいえ	か月頃
	人見知り	はい ・ いいえ	か月頃
	ハイハイ	はい ・ いいえ	か月頃
	ハイハイ以外の移動方法(ずりばいや座り歩き)だった	はい ・ いいえ	か月頃
1歳	つたい歩き	はい ・ いいえ	か月頃
	後追い	はい ・ いいえ	か月頃
	バイバイ、こんにちは等の身振り	はい ・ いいえ	か月頃
	親が指をさした時に、その方向を見る	はい ・ いいえ	か月頃
1歳半	ひとりで上手に歩く	はい ・ いいえ	か月頃
	意味のある言葉を話す	はい ・ いいえ	か月頃
	うしろから名前を呼ぶと振り向く	はい ・ いいえ	か月頃
3歳	自分の名前が言える	はい ・ いいえ	か月頃
	丸(円)を描くことができる	はい ・ いいえ	か月頃
	手を使わずに一人で階段を登れる	はい ・ いいえ	か月頃

【乳幼児健診について】

※乳幼児健診で相談したことや指摘されたことがあれば教えてください

乳児健診	1歳6か月児健診
3歳児健診	その他の健診・相談ごと

# 【質問票（園児用）】

医療機関名【

】病院 初診申込

様式3

作成日： 年 月

日（西暦で記入）

対象児氏名： \_\_\_\_\_

紹介機関名： \_\_\_\_\_

※紹介機関での様子を保護者に伝えながら、 紹介機関で記載してください [1/2] 以下の質問について、当てはまる答えに○をしてください		当てはまる よく	当てはまる ときどき	ない 当てはまり
A	1. 同年齢の子に比べ、話し言葉におくれがある			
	こ 2. 話をするときに、目を合わせない			
	と 3. 一方的に自分の言いたいことだけを話す			
	ば 4. 自分からはほとんど話をしない			
B	5. 同年齢の子とうまく関わることができない			
社 会 性	6. 集団活動（読み聞かせ、お遊戯）にうまく取り組めない			
	7. 年齢相応のルール遊び（かくれんぼやおにごっこ）ができない			
	8. 非常に人見知りだったり、人との距離が異常に近い			
C	9. 普段通りの手順や習慣にこだわりがある			
こ だ わ り	10. 急な予定の変更や、普段と違う生活のリズム（お遊戯会や運動会）が苦手			
	11. 体の一部を繰り返しよく動かす（手をひらひら、ぐるぐる回る）			
	12. 特定の物にだけ、興味が偏っている（車や虫、数字や記号など）			
D	13. 落ち着きがない（席を離れる、手足の一部をそわそわ動かす）			
多 動 性	14. ガマンしたり、順番待ちをするのが苦手			
	15. 活動の切り替えが苦手			
	16. 気が散りやすく、活動に集中して取り組むのが苦手			
衝 動 性	E 17. 怒りっぽい、怒ると他人に手が出たり、物を投げたりする			
	18. 感情が高ぶると、その場から飛び出してしまう			
	19. 友人とのケンカやトラブルが多い			
F	20. 反抗的な態度をとったり、暴言を言ったりする			
	21. 約束したことやお願いしたことを忘れっぽい			
	不 注 意	22. 順序立てて課題をこなすのが苦手		
23. 片付けがうまくできない				
24. 同じことで何度も注意される				

# 【質問票（園児用）】

※紹介機関での様子を保護者に伝えながら、 紹介機関で記載してください [2/2] 以下の質問について、当てはまる答えに○をしてください		当 て は ま る	よ く 当 て は ま る	な い 当 て は ま る
<b>G</b>	25. いやなことがあるとかんしゃくを起こす			
<b>癩 癩</b>	26. 普段通りにいかないときなど、パニックになることがある			
	27. 自傷行為がある（自分の身体を噛んだり叩いたりする）			
	28. きっかけもなく怒ったり、急にふさぎこんだりする			
<b>H</b>	29. 不安が強く、特定の人物（親や特定の先生）から離れられない			
<b>不 安</b>	30. 答えが分かっているのに、同じ質問を何度もする			
	31. チックがある（まばたき、顔をしかめる、せきばらい、など）			
	32. 何度も同じ行為をしないと気が済まない（手洗いなど）			
<b>I</b>	33. 同年代の子どもに比べて非常に怖がり			
<b>恐 怖</b>	34. あたらしい環境に慣れるまでに、時間がかかる			
	35. 嫌な記憶をいつまでも覚えている			
	36. 失敗しそうなことだと、活動に取り組みたがらない			
<b>J</b>	37. 食事に困り事がある（偏食、少食、早食いなど）			
<b>生 活</b>	38. 眠りに困り事がある（寝つきがわるい、夜中泣き叫ぶ、など）			
	39. 日中もおむつを使っている			
<b>K</b>	40. 走ったり、とんだり体の動かし方が同年齢の子よりも下手			
<b>運 動</b>	41. 細かい手先の動きが苦手（ボタンかけ、はさみ、折り紙）			
	42. 姿勢がわるい、背筋が曲がっている			
<b>L</b>	43. 特定の音を怖がったり、うるさかって耳をふさいだりする			
<b>感 覚</b>	44. 特定の皮膚の刺激に敏感で嫌がる（タグやぬい目）			
	45. つかれやすい			

その他自由記載欄

# 【紹介票】

医療機関名【 済生会川内 】病院 初診申込

様式1 記入例

医療機関名記入

※日付は全て西暦で記入してください。

※済生会川内病院受診の際は、紹介票を記載後、かかりつけ医療機関を受診し、以下を記載してもらってください

下記児童について、紹介票の内容を確認し、発達外来受診が必要と判断しました。

医療機関名称	◎◎小児科	医師氏名	さつま川内 たろう
日付: 2024年 3月 〇〇日			
保護者: かかりつけ小児科で確認してもらい、サインをもらう			

※保護者に確認の上、紹介機関で記載してください

## 【紹介機関(園・学校・施設)】

作成日: 2024年 2月 〇〇日

機関名	児童発達支援事業所 ●●	住所	〒123-〇〇 薩摩川内市〇〇町〇〇番地〇
担当者名 (職名・職種)	藺牟田 花子 (児童発達支援管理責任者/保育士)	連絡先	0996-〇〇-〇〇

## 【受診する子どもについて】

西暦で記入

ふりがな	とうごう じろう	性別	男	生年月日	2019年 5月 〇日		
氏名	東郷 次郎	年齢	4歳 〇か月				
障害者手帳 当てはまる ものに○	<input type="checkbox"/>	なし	あり	手帳種類	等級	発行年月日	
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳				年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	療育手帳				年 月 日	
<input type="checkbox"/>		精神保健福祉手帳				年 月 日	
ふりがな	とうごう たろう	続柄	父	住所	〒895-〇〇〇〇 薩摩川内市〇〇町〇〇番地〇		
保護者氏名	東郷 太郎	連絡先①	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	連絡先②	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
氏名	東郷 太郎	続柄	父	氏名	東郷 ゆり子	続柄	母

## 【通園・通学している施設】 記載 及び 当てはまるものに ○

園・学校名	△△保育園	住所	〒895-〇〇〇〇 薩摩川内市〇〇町〇〇番地〇
クラス	年少 ・ 年中 ・ 年長	2023年	4月から通園
学年	年 組	通常の学級	特別支援学級(情緒・知的) ・ 通級指導教室
担任名	樋脇 桜子	連絡先	0996-〇〇-〇〇〇〇
通園・通学状況 当てはまるものに○	<input type="checkbox"/>	ほぼ欠席や遅刻・登園しぶりはない	
	<input type="checkbox"/>	たびたび欠席や遅刻・登園しぶりがある	
	<input type="checkbox"/>	長期欠席している	年 月頃から

## 【現在利用しているサービス等】(児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・日中一時など)

施設名	児童発達支援事業所 ●●	開始時期	2022年 10月頃から
		頻度	月・週 (どちらかに○) に 3回
施設名		開始時期	年 月頃から
		頻度	月・週 (どちらかに○) に 回
施設名		開始時期	年 月頃から
		頻度	月・週 (どちらかに○) に 回



**【受診について】**

※保護者に確認の上、紹介機関で記載してください

受診目的 当てはまるものに○ 複数回答可	<input type="radio"/>	診察の結果、診断がつく場合には、お伝えすることを希望する
	<input type="radio"/>	診断は希望せず、困りごとへの対応やアドバイスのみを希望する
	<input type="radio"/>	書類作成[ ]※書類作成のみの受診は受付ておりませ

**【相談内容】**

主訴 (最も相談したい内容)	落ち着きがなく、集団での活動が難しい。(教室を出てしまう) 衝動的にお友達を叩いたり、噛んだりしてしまう。
-------------------	--

## ※ その他当てはまるものに○をつけ、下記に具体的内容を記載してください。

<input type="radio"/>	ことばの発達	<input type="radio"/>	コミュニケーション	<input type="radio"/>	こだわりが強い
<input type="radio"/>	不安	<input type="radio"/>	かんしゃく	<input type="radio"/>	落ち着きがない
<input type="radio"/>	集中できない	<input type="radio"/>	忘れっぽい	<input type="radio"/>	学習の遅れ
<input type="radio"/>	不器用	<input type="radio"/>	感覚過敏	<input type="radio"/>	睡眠
<input type="radio"/>	食事	<input type="radio"/>	その他[ ]	<input type="radio"/>	

## 困りごとの具体的な内容や、現在行っている支援について記載してください

<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育園において、クラスでの活動に参加すること(集団で行動すること)が苦手で、教室を出て廊下を走り出し行ったり来たりしている。</li> <li>・集中して活動に取り組むことが難しい。(気分次第)</li> <li>・お友達の顔をおもちゃを持った手で叩いたり、手に噛みついたりする。</li> </ul> <p>自分のおもちゃを取られそうと思った時なのか、お友達が目に入ったら進んでいくこともあり、保育園では止める事だけで精一杯である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭においても、座ってご飯を食べられない、妹を叩いてしまうことがあり、家族が対応に困っている。</li> <li>・個別対応を基本に行っているが、今後の就学を見据え、本人の特性を知り、より効果的な支援につなげるため、保護者と話し合い、今回の受診となった。</li> </ul>
--

**【以前の相談・検査について】**

## ※現在までに専門の相談機関や医療機関等で発達の相談をしていれば記載してください。

相談機関名	川内保健センター 発達相談	時期	2021年	12月頃
-------	---------------	----	-------	------

実施したことがある検査に○をつけてください。

<input type="radio"/>	CT	<input type="radio"/>	MRI	<input type="radio"/>	脳波検査
<input type="radio"/>	染色体検査	<input type="radio"/>	聴力検査	<input type="radio"/>	その他検査[ ]
<input type="radio"/>	発達検査	<input type="radio"/>	WISC(ウィスク)	<input type="radio"/>	田中ビネー
<input type="radio"/>	新版K式	<input type="radio"/>	詳しくは分からない	<input type="radio"/>	その他[ ]

紹介票記載内容を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- ・紹介票、問診票等必要書類を医療機関に提出すること
- ・受診前後に、紹介機関・医療機関・これまでに関りのあった発達支援機関等関係機関で情報を共有すること(情報の取り扱いには守秘義務が課せられています)

日付: 2024年 3月 ○○日

保護者署名(自書) 東郷 太郎

# 【問診票】

医療機関名【

済生会川内

】病院 初診申込

様式2 記入例

医療機関名記入

※保護者に記載してもらってください

記入日: 2024年 2月 ○○日

## 【家族等について】記入 又は 当てはまるものに○

		性別	年齢	職業・学年	同居	別居	別居の場合:居住地
本人(相談する子ども)		男	3	△△保育園・年少			
父親	血縁の両親について記載		35	会社員		○	鹿児島市
母親			33	公務員(育休中)	○		
婚姻関係等 当てはまる ものに○	継続	離婚	2021年 ○月頃		死別	父・母 / 年 月頃	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					

		性別	年齢	職業・学年	同居	別居	別居の場合:居住地
きょうだい		女	0		○		
きょうだい							
きょうだい							
きょうだい							
パートナー		男	40	建設業	○		
父方	祖父		70	無職		○	大分県
	祖母		68	無職		○	大分県
母方	祖父		65	農業		○	鹿屋市
	祖母		63	農業		○	鹿屋市
薩摩川内市外から転入 当てはまれば○		<input type="checkbox"/>	時期	2021年 ○月頃	転入前市町村	鹿児島市	
施設に入所している 当てはまれば○			時期	年 月頃から	施設名		

## ※家族・親族に以下の病気があれば○をつけてください

血縁の両親の家族について記載

<input type="checkbox"/>	がん	心疾患	脳卒中
	腎不全	てんかん	膠原病
	内分泌の病気	神経や筋肉の病気	○ 精神疾患
	発達障害	その他〔	

## 【本人の病気等について】記載 及び 当てはまるものに ○

### ※本人が現在までに診断を受けたことがある病気に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	熱性けいれん	てんかん	喘息(ぜんそく)
○	アレルギー性鼻炎	脳や神経の病気	頭部外傷
	その他〔		

### ※本人が日頃使用している薬があれば○をつけてください

	多動や乱暴行為の治療薬	気分の不安定さの治療薬	寝つきの薬
	てんかんの薬	○	喘息やアレルギー性鼻炎の薬
	その他〔		

【妊娠中の病気等について】

※妊娠中の病気等について、当てはまるものがあれば○をつけてください

<input type="radio"/>	妊娠高血圧症候群	妊娠糖尿病	切迫流産・早産
	Rh不適合	感染症	飲酒
<input type="radio"/>	喫煙	その他〔	

【出産時の状況について】

当てはまるものに○

在胎週数	37週 3日	出生体重	2500g	経膈分娩	<input type="radio"/>
				帝王切開	

※当てはまるものに○をつけてください

<input type="radio"/>	前期破水	新生児仮死	<input type="radio"/>	黄疸
	低血糖	感染症		呼吸切迫症候群
	その他〔			

左記の月齢の時の状態に○をする

【発達について】 記載 及び 当てはまるものに ○

月齢	発達の様子	どちらかに○	できた時期
3・4か月	首がすわる	(はい) ・ いいえ	か月頃
	あやすと笑う	(はい) ・ いいえ	か月頃
7・8か月	寝返り	(はい) ・ いいえ	か月頃
	ひとり座り(支えなしで座れる)	(はい) ・ いいえ	か月頃
	人見知り	(はい) ・ いいえ	か月頃
	ハイハイ	(はい) ・ いいえ	か月頃
	ハイハイ以外の移動方法(ずりばいや座り歩き)だった	(はい) ・ いいえ	か月頃
1歳	つたい歩き	(はい) ・ いいえ	か月頃
	後追い	(はい) ・ いいえ	か月頃
	バイバイ、こんにちは等の身振り	(はい) ・ いいえ	か月頃
	親が指をさした時に、その方向を見る	(はい) ・ いいえ	か月頃
1歳半	ひとりで上手に歩く	(はい) ・ いいえ	か月頃
	意味のある言葉を話す	はい ・ (いいえ)	24か月頃
	うしろから名前を呼ぶと振り向く	(はい) ・ いいえ	か月頃
3歳	自分の名前が言える	はい ・ (いいえ)	か月頃
	丸(円)を描くことができる	はい ・ (いいえ)	か月頃
	手を使わずに一人で階段を登れる	(はい) ・ いいえ	か月頃

【乳幼児健診について】

※乳幼児健診で相談したことや指摘されたことがあれば教えてください

乳児健診	1歳6か月児健診 ・言葉が遅いと言われた
3歳児健診 ・落ち着きがなく発達相談を勧められた	その他の健診・相談ごと