

※ 面談希望日時

1. いずれの日時でもよい。

2. 下記の日時を希望する。

・第1希望 月 日 時 分から

・第2希望 月 日 時 分から

教育相談票

巡回相談の経験	新規・継続	相談の時期	年から(回)
---------	-------	-------	---------

ふりがな 氏名		性別		生年月日	年 月 日	年齢		
園名等	1()園 (通常の学級 特別支援学級 その他) 2 在宅 3 その他()							
現住所	電話()							
保護者氏名						続柄		
相談者氏名 (続柄・関係)	()	()	()	()	()	()	()	
相談したい 内容								
家族の 状況	家族構成	祖父 祖母 父 母 兄(人) 姉(人) 弟(人) 妹(人) その他(人)						
	主に養育にあたった人()			主に相手をする人()				
生育の 状況	妊娠・出産時							
	新生児期	乳の飲み方	弱 ・ 普通					
		発熱	有(期間) ・ 無					
		ひきつけ	有(状態) ・ 無					
		はきけ	有 ・ 無		黄疸		有 ・ 無	
	乳幼児期	離乳の時期	歳	ヶ月	首のすわり	歳	ヶ月	
		はいはい	歳	ヶ月	おすわり	歳	ヶ月	
		つかまり立ち	歳	ヶ月	ひとり歩き	歳	ヶ月	
		発歯	歳	ヶ月	片言を言う	歳	ヶ月	
	既往症	病名	発病時期 歳 ヶ月					
		症状	発熱(度) ()日位続く・その他()					
		病名	発病時期 歳 ヶ月					
		症状	発熱(度) ()日位続く・その他()					
	これまでの 専門機関の 診断	これまでに受けた		障がい名・病名				
				機関名				
				障がい名・病名				
		機関名						

幼児氏名()

教育・治療及び相談 これまでに受けた	保育所 幼稚園	施設名		
		期 間		
		主な内容		
	医療機関	施設名		
		期 間		
		主な内容		
	相談機関	施設名		
		期 間		
		主な内容		
手帳所有	療育手帳		(持っている ・ 持っていない)	
	・持っている場合		年 月取得 判定()	
	精神障害者保健福祉手帳		(持っている ・ 持っていない)	
	・持っている場合		年 月取得 判定()	
発達検査 の記録	検査名()		検査実施日(年 月 日)	
	検査結果の状況			
	検査名()		検査実施日(年 月 日)	
	検査結果の状況			
現在の様子	身体の様子	・視力(良 ・ 視力が弱い) ・聴力(良 ・ 聞こえにくい)		
		[その他]		
	健康の様子	・常時服用の薬 無 ・ 有 (薬の種類)		
		[その他]		
	食 事	〈箸、スプーンの使用〉		
		〈量や時間〉		
	排 泄	大 便	〈便意を告げる〉	
			〈処理〉	
	衣 服	小 便	〈尿意を告げる〉	
			〈処理〉	
着 脱	〈脱ぎ着〉			
	〈前後、表裏の区別〉			
人との かかわり	〈ボタンどめ〉			
指 示				
	理 解			