

ふりがな _____

生年月日 H R 年 月 日

お名前 _____ 様 (男・女) (歳 か月)

所 属 _____ 学校 (通常級 特別支援級 特別支援学校) 幼稚園 保育園

住 所 (〒 -) _____

電話番号 優先① _____ 優先② _____ 優先③ _____

1) 今日はどのようなご相談ですか。

(ことばのこと、集団生活のこと、情緒や行動のこと、学習のことなどで結構です。)

2) 小さい頃の発達の経過について、母子手帳などを参考にお聞かせください。

不明なもの、未獲得のものは空欄で結構です。

首の座り (か月) お座り (か月) よつ這い (か月) つかまり立ち (歳 か月)
伝い歩き (歳 か月) 一人歩き (歳 か月) 意味のあることば (歳 か月)

3) これまで、大きな病気での入院歴や、慢性の病気で通院していたらお知らせください。

4) これまで、他の相談機関に相談をしたり、診断を受けたりしたことがあればお知らせください。

受給者証や療育手帳の取得状況についても併せてご記入ください。

5) 家族構成についてお聞かせください。(同居されている方に○をつけてください)

父 (歳) 母 (歳) 父方祖父 父方祖母 母方祖父 母方祖母

兄弟姉妹 (年齢も) その他 ()

6) ご家族、ご親族で発達に関することで相談をうけているかたがいましたらお知らせください。

以上です。ありがとうございます。