



相談申込票 (幼少期用)

受付番号

これは ご相談に応じる際に参考にさせて頂くものです。内容に関しては一切の秘密を厳守いたしますので、あるがままにお書き下さい。ご不明な点はお尋ねください。

		記入年月日		年	月	日
		記入者名		本人との続柄		
ふりがな 本人氏名	男女	生年月日	平成 令和	年	月	日
住所	〒		TEL(ご自宅) () -		満	歳
所属機関名 (幼稚園・保育園等)			担任	クラス (年少・年中・年長)		
			先生	クラス人数 () 名		

○ご相談なさいたいこと

※このことについて、他の相談機関でご相談になられたことがあれば記入してください。

ご相談なさいたい時期	機関名 (相談所など)	内容(カウンセリング・訓練など)
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

※このことについて、病院でご相談になられたことがあれば記入してください。

ご相談なさいたい時期	病院名	診断名	担当
年 月 ~ 年 月			先生
年 月 ~ 年 月			先生
年 月 ~ 年 月			先生

※手帳について、該当するものに○で囲んで下さい。

療育手帳	なし	あり (A ・ B)
精神手帳	なし	あり (1級 ・ 2級 ・ 3級)
身体手帳	なし	あり () 級 (障害名:)

○ご家族について(家族構成) 父母、兄妹・姉妹、同居されている方、および、これまでにご本人と一緒に生活をされたことのある方、また、その他にご本人と関わりの深い方があれば記入してください(亡くなられた方も含む)

続柄	氏名 (住まい)	年齢	生年月日	最終学校名	職業	人柄	健康
	(同・別)		年 月 日				
	(同・別)		年 月 日				
	(同・別)		年 月 日				
	(同・別)		年 月 日				
	(同・別)		年 月 日				
	(同・別)		年 月 日				

次ページも続けてご記入ください

○ご家族について(家族歴) : ご家族または親類中に、次に該当する方がいれば□にチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/> アレルギー性疾患	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 知的障害
<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 視・知覚障害
<input type="checkbox"/> 精神疾患 (病名:)	<input type="checkbox"/> その他()	

○生育歴 : ご本人の発育の様子について分かる範囲でお答えください(成人の方あるいはご自身で記入される場合には、ご存じの事柄があればご記入ください)。

(1)妊娠中の問題(気になったこと): ない・ある()

(2)出産時のこと

在胎 月 (熟産・早産・月遅れ)	出生体重 g
お産の状況 (軽かった・普通・難産・鉗子・逆子・仮死・帝王切開)	

(3)乳幼児期(0歳～保育園の時期)

発育は (早い・普通・遅れている) と感じた			
栄養 (母乳・人工・混合)	離乳の開始	ヶ月頃 / 離乳の終了	ヶ月頃
首のすわり	ヶ月頃	歯のはえはじめ	ヶ月頃
はいはじめ	ヶ月頃	歩きはじめ	歳 ヶ月頃
人見知り	(しなかった・した)		
ものを言いはじめたのは	歳	ヶ月頃	
トイレ・トレーニング(オムツはずれ)	開始:	歳 ヶ月頃 / 完了	歳 ヶ月頃
自分でだいたい服の脱ぎ着ができるようになったのは	歳	ヶ月頃	
知恵づきは (早い・普通・遅い) と感じた			
育てるのを (楽に感じた・普通・大変に感じた)			
大変に感じた点:			

次ページも続けてご記入ください

(4)幼稚園または保育園に入所する前についてご記入ください。

どんな遊びをしていましたか:

生活面で気になったこと:

その他気になった事:

(5)幼稚園または保育園に入所後についてご記入下さい。

生活面で気になったこと:

集団面(幼稚園・保育園等)で気になったこと:

その他気になった事:

以下の質問についてご記入ください。

得意なことは何ですか:

好きなことは何ですか:

不得意なことは何ですか:

嫌いなことは何ですか:

ご協力ありがとうございました