

※ 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	平成・令和 年から () 回)
---------	-------	-------	------------------

ふりがな 氏名		性別		生年 月日	平成 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 ()				
	これまでに受けた 専門機関の診断	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 これまでを受けた	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〉	
	排 泄	小 便	〈尿意を告げる〉	
			〈処理〉	
衣服の着脱	〈脱ぎ着〉			
	〈前後、表裏の区別〉			
	〈ボタンどめ〉			
人との かかわり				
指示の 理 解				