

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
 ・第3希望 月 日 時 分から
 ・第4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()					
	身体障害者手帳 (持っている ・ 持っていない)					
	・持っている場合 年 月取得 判定()					
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〉			
		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						