⑧

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

心とからだの育ち

○　この用紙は、お子さんに関する情報や生育歴、相談歴等について書いていただくものです。

○　個人の秘密は、厳守します。保護者が記入し、教育相談当日に相談員へ直接渡してください。

**１　相談を受けるお子さんのことについて**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）お子さんの名前 |  | 男・女 | 平成　　　年　　　月　　日生 |
| 現在　　　歳　　　月　　 |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ | 電話番号－　　　　－ |
| お子さんの所属・学年等 | どちらかに記入 | 　　　　　　　　　　　　　　　　幼稚園・保育所・認定こども園（年少・年中・年長） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校　第　　　　学年（通常の学級、通級指導教室、特別支援学級） |
| 療育手帳※交付されている場合のみ | 判　　定 | Ａ　・　Ｂ | 判定年月日 |  平成・令和　　年　　月　　日　 |
| 身体障害者手帳※交付されている場合のみ | 級　　別 | 種　　　級　 | 判定年月日 |  平成・令和　　年　　月　　日　 |
| 障がい名 |  |
| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | 氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**２　通院歴や療育、関わり方の相談等について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談機関（病院名等） | 時期 | 医師の診断、相談内容及び療育を受けた内容 |
|  | 　　年　　月～　　年　　月（　　　　歳～　　　　歳） |  |
|  | 　　年　　月～　　年　　月（　　　　歳～　　　　歳） |  |
|  | 　　年　　月～　　年　　月（　　　　歳～　　　　歳） |  |

**３　新生児聴覚スクリーニングの結果について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右耳 | 左耳 | 検査日 |
| パス　・　リファー | パス　・　リファー | 平成　　　年　　　月　　　日 |

**４　相談したいことについて**

|  |  |
| --- | --- |
| 　ア　学びの場（学校、学級の種別）について　ウ　家庭での関わり方について　オ　その他 | 　イ　学校での関わり方について　エ　発達や障がいの状況について　 |

【具体的な内容（どうして気になるのか、どのような時に、どのようなところが　など）】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |