



# 相談申込票 (学齢期用)

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	年	月	日
住所	〒 _____	TEL(ご自宅) ( ) _____ TEL(他にご都合の良い連絡先があれば) ( ) _____				
所属学校名	利用クラス 通常学級 ・ 特別支援教室 ・ 特別支援学校( )部 ・ その他( )					
担任名		児童・生徒数				
先生		通常学級( )名 ・ 特別支援教室( )名 ・ 全校生徒( )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。

ご相談なさっていた時期	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。

ご相談なさっていた時期	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

(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
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	
トイレット・トレーニング(オムツはずれ)	開始:	歳	ヶ月頃 / 完了
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:			

(4)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:

(5)小学校入学後～現在についてご記入下さい。

生活面で気になったこと:
集団面で気になったこと:
その他気になった事:

他に気になることがあればご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました