

ふりがな お子様のお名前	生年月日 年 月 日	性別 (○で囲んで下さい) 男 女
お子様の所属 (園名をご記入ください)		年少・年中・年長 他( )
ふりがな 記入者のお名前	生年月日 年 月 日	続柄

I 相談されたいことはどんなことですか？ (気づかれた時期も併せてご記入下さい)

II 発達の事で今までに医療機関にかかっていますか？または、今までにかけたことがありますか？  
ない ・ ある (医療機関名と期間、診断名をご記入下さい)

医療機関名	期間 ( 年 月 ~ 年 月 )	診断名
	年 月 ~ 年 月	

III 医療機関以外の施設で相談を行っている、または、過去に行ったことがあれば、ご記入下さい。

IV 現在、療育等に通っている、または、過去に行ったことがあれば、ご記入下さい。

V 生育歴についてご記入下さい。

- ① 首すわり ( )ヶ月    ② 一人すわり ( )ヶ月    ③ ハイハイ した しなかった  
④ 一人立ち ( )ヶ月    ⑤ 一人歩き ( )ヶ月    ⑥始語    才    ヶ月    言葉 ( )

VII 好きな遊びは何ですか？

VIII 得意なことは何ですか？

IX 性格は？

X お子様の生活習慣についてお尋ねします。

- |                            |                             |                              |                             |                             |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ① 朝は何時ぐらいに起きますか？           | (      ~      時)            | 寝起きは                         | <input type="checkbox"/> 良い | <input type="checkbox"/> 悪い |
| ② 夜は何時に寝ますか？               | (      ~      時)            | 寝付きは                         | <input type="checkbox"/> 良い | <input type="checkbox"/> 悪い |
| ③ ゲーム・PC・TV等は、何時間ぐらい使いますか？ | 平日 (      )時間               | 休日 (      )時間                |                             |                             |
| ④ 食事は1日3回とっていますか？          | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |                             |                             |