



総合教育センター相談室 教育相談票

相談日 西暦20 年 月 日				インテーカー	
ふりがな		性別	生年月日 西暦20 年 月 日		
子どもの名前					
学校名	小・中・高 その他	年 組	担任名() 紹介者()		
住所 連絡先等	〒 区	連絡先	① 自宅電話番号		電話の優先順
					(①・②)
			② 携帯電話番号		通じやすい時間
			午前・昼 午後・夕方		
家族等 *同居している 方の名前をお書 きください	名 前	関係	年齢	所属 学校名等	
相談内容	心配なことや相談したいことを具体的にお書きください。				
相談歴	今までに相談、利用したことがある機関を記入してください				
		名 称	何歳ごろ		
	療育センター				
	児童相談所				
	病院				
	通級指導教室				
	就学相談				
	その他				

*裏面もご記入ください

周産期	母親の健康 健・不健() 胎児に影響を与えたと思われること ()
	出産 正常・異常 () 体重(g)
	予定日に生まれた ・ 早い(日・週前) ・ 遅い(日・週後)
	泣き方 (強 ・ 普通 ・ 弱) 乳の吸い付き方 (強 ・ 普通 ・ 弱)
	その他気になったこと ()

乳幼児期	栄養 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳 (歳 ヶ月)
	首のすわり(ヶ月) おすわり(ヶ月) はいはい(ヶ月) 始歩(ヶ月)
	始 語 (ヶ月) 二語文 (ヶ月) 人見知り(有 無) 後追い(有 無)
	夜泣き (有 無 迷子経験(有 無) 感覚過敏(有 「例 」 ・ 無)
	その他 気になったこと
	保育園(名称) 歳 ヶ月 ～ 歳 ヶ月
	幼稚園(名称) 歳 ヶ月 ～ 歳 ヶ月
	園での様子

就学以後	小学校(名称:) 中学校(名称:)
	好きな教科() 嫌いな教科() 学業成績 上・中・下
	転校の経験 無・有(時期 理由)
	学校での様子
	学校以外での習い事等 無・有 ()
	現在の友だち関係・好む遊び・興味 行動傾向・くせ・習慣等

現在まで育てるのに心配したこと・主な病気
 病弱・弱視・難聴・言語障害・運動機能障害・奇形・異食・夜泣き・ねぼけ・のぼせ・貧血・ひきつけ・夜尿
 病的恐怖・不眠・病的潔癖・頭痛・チック・高熱
 その他具体的な事項()

生活環境の変遷(家族の転居・死亡など)

*以下は記入不要です

医学的所見等	診断年月	診断名等	医療機関名	医師名	
	平成 年 月				
	平成 年 月				
服 薬	有・無	薬名	時間	朝 昼 夕	
		薬名	時間	朝 昼 夕	
手帳等	手帳の種類		等級	初回交付日	再判定日
	身体障害者手帳	有 無	種 級	年 月 日	年 月 日
	療育手帳	有 無	A1・A2・B1・B2	年 月 日	年 月 日
発達検査等	検査の種類(最新のもの)		結果(DQ、IQなど)	実施時期 年 月 日	
	新版K式2001 田中ビネーV WISC-IV WPPSI			実施機関()	
	その他()				