

# 相談受付票Ⅰ

取り扱い注意

記入日 年 月 日

|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|---------------|-------|
| ふりがな<br>本人氏名                                                                |                                                                                     |    |        | 性別            | 男 ・ 女 |
| 生年月日                                                                        | 年 月 日                                                                               |    |        | 年齢            | 歳     |
| 所属名<br>(学校名など)                                                              | <div>立 園 組</div> <div>立 学校 年 組</div>                                                |    |        |               |       |
| 保護者氏名                                                                       |                                                                                     |    |        |               |       |
| 現住所                                                                         | <div>〒 ー</div> <div>区 丁目 番号</div> <div>転居したことはありますか？ ( ある なし )</div> <div>→ 回</div> |    |        |               |       |
| 連絡先                                                                         | 自宅 ( )                                                                              |    | FAX( ) |               |       |
|                                                                             | 携帯 ー ー                                                                              |    |        |               |       |
| 家族構成                                                                        | 氏名                                                                                  | 続柄 | 年齢     | 備考(所属名、学校名など) |       |
|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
|                                                                             |                                                                                     |    |        |               |       |
| 相談したいこと(具体的にお書きください)                                                        |                                                                                     |    |        |               |       |
| 家庭のこと                                                                       |                                                                                     |    |        |               |       |
| 学校生活のこと                                                                     |                                                                                     |    |        |               |       |
| 今までに相談に行ったところがありますか？<br>保健センター ・ 区の相談機関 ・ 児童相談所 ・ 病院 ・ スクールカウンセラー<br>その他( ) |                                                                                     |    |        |               |       |

# 相談受付票Ⅱ

取り扱い注意

氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日（記入者： \_\_\_\_\_）

|               |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 出生前           | 妊娠中の母親の健康状態(つわり・切迫流産・妊娠中毒症・疲労・抑うつ・その他)<br>妊娠中気がかりだったこと( )                                                                                                                                                                                        |
| 出生期           | 熟産・早産( か月) 出生時体重( g) 産声(強・普・弱)<br>保育器 黄疸(強・普)                                                                                                                                                                                                    |
| 乳児期<br>(0~2歳) | 子育て(育てやすかった・育てにくかった)<br>気になったこと( )<br><br>首のすわり( か月) 歩き始め( か月) 初語( か月) 指さし( か月)<br>人見知り( か月) 後追い( か月)<br>乳の吸い方(強・普・弱) 離乳( か月) 夜泣き(有・無)<br>1歳半健診(相談したこと: )                                                                                        |
| 幼児期<br>(2~6歳) | 幼稚園・保育園に( 歳)で入園 (園名: )<br>甘え(強い・普通・弱い) 反抗(強い・普通・弱い) おむつがとれた時期( か月)<br>ことば(早い・普通・遅い) 運動( ) 手先の器用さ<br>3歳児健診(相談したこと: )<br><br>活発さ(活発・普通・おとなしかった) 友だち(多い・普通・少ない) (よく遊ぶ・普通・あまり遊ばない)<br>気持ちの表現(豊か・普通・少ない) 嫌なこと難しいことに対して(意欲的に取り組む・普通・避ける)<br>気になったこと( ) |
| 小学生の時         | 出席の様子(良い・普通・悪い) 友だち(多い・普通・少ない) (よく遊ぶ・普通・あまり遊ばない)<br>趣味・興味・塾・習いごとなど( )<br>学習スキル: 数の理解(得意・苦手) 書く力(得意・苦手) 読む力(得意・苦手) 集中力(有・無)<br>担任から言われたこと( )                                                                                                      |
| 中学生の時         | 交友関係( )<br>反抗(強い・普通・弱い: 具体的に )<br>趣味・興味・塾・習いごとなど( )<br>学習スキル: 数学(得意・苦手) 国語(得意・苦手) 英語(得意・苦手) 集中力(有・無)<br>担任から言われたこと( )                                                                                                                            |
| くせ<br>他       | くせ 、こだわり 、その他( )                                                                                                                                                                                                                                 |
| 医療            | 過去および現在、通院している医療機関名: _____<br>( 才頃: 病名 )                                                                                                                                                                                                         |
|               | 初めて気になることがあったのは、いつでしたか?<br>( )                                                                                                                                                                                                                   |