

相 談 シ ー ト

施設名			所属長名			
担任名			記入者名			
対 象 児	歳児・クラス名	歳児 組				
	学級人数	名：担当者数 名（内：加配担当者 名）				
	氏名(ふりがな)	() 男・女				
	生年月日	年 月 日 ()歳				
	診断名(主治医)	()	手 帳	療育手帳 (A1・A2・B1・B2)		
	服薬	無・有()		精神保健福祉手帳 ()級		
	既往歴持病の有無	無・有()				
	発達・知能 検査について	検査名()実施日()実施機関名():受けていない				
		結果()				
同居家族	父・母・兄弟姉妹()・その他()					

最も気になること・相談内容を1つか2つにしぼって、○をして下さい

- | | | | | | |
|--------------------|----------|---------|-----------|---------|------|
| ①コミュニケーション
について | ②社会性について | ③行動について | ④集団活動について | ⑤遊びについて | ⑥その他 |
|--------------------|----------|---------|-----------|---------|------|

()について：具体的にはどのようなことですか？ ()について：具体的にはどのようなことですか？

・それはいつからですか。また、変化してきている場合は経緯をお書きください

・どんな場面でよく起こりますか(解釈を入れず時間帯や場所、活動の種類、相手などをお書きください)

・先生はどのような対応をしていますか

・周囲の子どもたちの反応はどうですか

・どうすれば落ち着きますか。または、起こらないときはどんな時ですか

※ その他、気になることや特徴的なエピソードがあれば、ご記入下さい