

相 談 シ ー ト

施設名			施設長名		
担当者			記入者名		
対 象 者	所 属	A型・B型・移行・自立訓練・生活介護・デイサービス・放デイ・地活 入所・ショートステイ・グループホーム・ケアホーム・その他()			
	氏名(ふりがな)	()男・女			
	生年月日	年 月 日 ()歳			
	学 歴	()学校 ()学級 在校/不登校/卒業			
	診 断 名 (主治医)	()	手 帳	療育手帳 (A1・A2・B1・B2) 精神保健福祉手帳 ()級	
	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()			
	服 薬				
	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つにしばって、○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学習/作業について	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