

# 教育相談票

令和 年 月 日記入

|                  |              |        |            |                           |
|------------------|--------------|--------|------------|---------------------------|
| ふりがな<br>本人氏名     |              | 男<br>女 | 生年月日<br>年齢 | 西暦・平成・令和<br>年 月 日<br>才 力月 |
| 園名<br>または<br>学校名 | 学年 組         |        | 担任名        | 男<br>女                    |
| 自宅の住所            | 自宅 ☎<br>携帯 ☎ |        |            |                           |
| 記入者氏名            | (本人との関係： )   |        |            |                           |

| 家族ならびに同居者 | 本人との関係   | 氏名 | 年齢 | 生年月日          | 職業 | 最終学歴 | 備考 |
|-----------|----------|----|----|---------------|----|------|----|
|           | (実/養/継)父 |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           | (実/養/継)母 |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           |          |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           |          |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           |          |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           |          |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           |          |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |
|           |          |    |    | 西暦・昭・平・令<br>・ |    |      |    |

◆相談したいこと

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆教育センターの相談室に来られることになったいきさつをお聞かせください。

- 親が相談したいと考えていた     担任のすすめ     校長・園長のすすめ
- その他 ( )

<乳幼児期>

◆妊娠中のお母様の健康状態は（ 良好 ・ その他 ）

◆出生時のこと（ ）週（ g）  
安産 ・ かんし分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開 ・ その他（ ）  
保育器に（ 入らなかった ・ 入れた 日間）  
生まれた時（ 元気 ・ 仮死 ・ 衰弱 ・ 黄疸 ・ その他 ）  
首すわり（ カ月） 寝返り（ カ月） おすわり（ カ月）  
ハイハイ（ カ月） 歩き始め（ カ月）  
ことばのつかいはじめ「パパ・ママ・ブーブー」など（ カ月）

◆幼稚園や保育園に（ 通わなかった ・ 通った ）  
→園名（ 園）に（ 才 カ月）で入園した  
→園名（ 園）に（ 才 カ月）で転園した（転園経験がある方のみ）  
人見知り（あった・なかった）  
好きだった遊び（例ごっこ遊び： ）  
◆乳幼児期の発達で心配したことや、どなたかに相談したことはありますか  
特にない ・ あった（内容： ）  
相談した機関 →発達センター その他の相談機関（ ）

<児童期>

登校（ すすんで行く ・ ふつう ・ いやがる ・ いやがる時期があった… 年生の 頃 ）  
転校（ したことがない ・ した… 回、 年生の 頃 ）  
運動（ 得意 ・ ふつう ・ 苦手 ）  
学習→得意なもの（ ） 苦手なもの（ ）  
友だち（ よく遊ぶ ・ あまり遊ばない ・ 友だちがあまりいない ・ 遊ぶ機会が少ない ）  
◆中学生の方→小学校名（ 小学校）

<当てはまるものに○をつけてください>

難聴 ・ 中耳炎 ・ 視覚に関する障害（ ） ・ 運動に関する障害（ ）  
けいれん(ひきつけ) ・ 不眠 ・ 夜泣き ・ 夜尿 ・ おもらし ・ 貧血  
指しゃぶり ・ 爪かみ ・ チック ・ 吃音 ・ 偏食  
その他、気になる行動やこれまでにかったことのある病気（ ）

◆お子さんの好きなことや、興味をもっているのはどんなことですか

---

◆お子さんの性格

---

◆相談に希望されることについて、あてはまる項目すべてにチェックしてください。

- 【1】 子どもの気持ち・心理について知りたい  
子どもの困り感に親がどう対応したらよいかを知りたい  
病気や障がいと言えるのかどうかを知りたい  
親の気持ち、立場を理解してほしい  
学校の先生と連携をとってほしい  
学校の先生に子どもを理解してもらうことを手伝ってほしい  
病院を受診したり、他の相談機関を利用したりする必要があるのか意見を聞きたい  
他の相談機関との連絡・調整をしてほしい  
病院や他の相談機関で言われたことについて相談したい
- 【2】 特別支援教育（支援学校・支援学級・通級指導教室）について相談したい  
（具体的に： ）
- 【3】 発達センターとの情報共有を了承します（以前発達センターに来所されていた方）

◆その他、相談員に希望することがありましたらご自由にお書きください。