

インテイクシート（児童用）

年 月 日

※相談に必要な情報なのでできる限りご記入ください。個人情報を相談活動以外に利用することは一切ありません。

ふりがな 名前	(お子さんの名前)	男・女	生年 月日	年 月生 (学年:)
住所			保護者 携帯	
診断名	無・有() 診断された機関() 診断された年齢 (歳 ヶ月)			
教育機関	現在通っている教育機関に○をつけてください 【無 ・ 通常学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校 ・ 幼稚園 ・ 保育園】 その他:			
治療・療育歴	通っている療育機関 無 ・ 有 → 療育機関名: 通っている医療機関 無 ・ 有 → 療育機関名: その他:			
療育手帳	無 ・ 有 (区分)			
服薬	無 ・ 有【薬名 (使用期間 歳 ヶ月～)】			
家族構成	例:父親(30),母親(30),兄(小4),本人,妹(年少)など同居しているご家族全てをご記入ください			
お父さんのご職業	無・公務員(教育系・事務系・他) 会社員(製造系・事務系・営業系・他) 自営() その他:			
お母さんのご職業	無・公務員(教育系・事務系・他) 会社員(製造系・事務系・営業系・他) 自営() その他:			
生育歴	(1)妊娠中・出産時の異常:無・有→ (2)乳幼児期の異常:無・有→ ・初語(歳 ヶ月) ・その他生育歴で気になること:			
得意な事 興味関心	よくする遊び、欲しがもの、行きたがる場所など			
苦手な事 課題・問題	避けたがる活動、痙攣を起こしやすいこと、怖がるものなど			
現在、困っている事	いつ頃から、どの程度などの情報			