

作成日	令和 年 月 日( )	記入者	
-----	-------------	-----	--

相談対象者	(ふりがな) 幼児名			男・女
	[園名]	( )歳児クラス 人数( )名 男( )名 女( )名	[生年月日] 年 月 日	

相談対象者(幼児)の状況について御記入ください

・療育手帳 :有( A B ) ・ 無 取得 年

・身障者手帳:有( )種( )級 取得 年

【これまでの教育歴】

・( 保育所・幼稚園・こども園)

・( 療育教室)

【教育相談等の経験】

・初めて

・経験がある 相談機関( )相談した年月( 年 月)

相談機関( )相談した年月( 年 月)

【医療機関との連携】

・これまでにかかった医療機関: \*担当医( )

・現在かかっている医療機関 : \*主治医( )

【医療診断】(障害種別ではなく診断名)例:自閉症スペクトラム・ADHD・LD・知的障害

診断年	診断名	医療機関・相談機関	医師・相談者

心理検査・発達検査等の記録

種類	新版K式	WPPSI-III	その他( )
実施年月	年 月	年 月	
検査機関			
検査者			
検査結果	全領域( 歳 月) 姿勢・運動( 歳 月) 認知・適応( 歳 月) 言語・社会( 歳 月)	全検査IQ( ) 言語理解( ) 知覚推理( ) 処理速度( ) 語い総合( )	

家庭での様子	[家族構成・家庭状況]* ( )人家族	[家庭内での様子]
	[身体状況] *発作(有・無) *慢性疾患 *服薬(有・無) ・薬名( )	[基本的な生活習慣]
園での様子	[園での様子]	
	[行動・社会性]	[言語・コミュニケーション]
	[感覚・運動]	[好きなこと・興味あること・得意なこと・強み]
	[目指す子どもの姿]	[現時点での具体的な取組(支援)内容]