

【様式 1】

教育相談 基礎調査用紙

対応者【 】

*以下の項目にご記入ください。記入したくない項目には記入しなくても結構です。

教育相談実施日	令和 年 月 日（ 曜日）【 ： ～ ： 】		
ふりがな お子様のお名前		生年月日	年 月 日
在籍している 学校・機関 （実施日現在）	（ 学校）／（ 園） （ ）学級（ ）年生／（ ）組など		
お子様の 現住所・連絡先	〒 連絡先（ — — ）		
お子様の様子	診断名	自閉症スペクトラム ダウン症候群 その他（ ）	
	手帳等の有無	療育手帳（ A・ B ） ／ 身障手帳（ 級 ）	
	医療・投薬 アレルギー等	かかりつけの病院：（ ） 投薬：（ ） アレルギー：ある（ ）・ なし（ ）	
	日常生活に 関わること （排泄・食事・着脱）	排泄： 食事： 着脱：	
	運動全般		
	ことば・数	理解： 表現方法： 数の理解：	
	友達とのかかわり		
	その他 （好き・苦手なこと等）	好きなこと： 苦手なこと：	
ふりがな 保護者氏名			
保護者の 現住所・連絡先	〒 連絡先（ — — ）		
同行者氏名 （お子様との関係）			
相談の主な目的 （○をつけてください）	アイウエオ 就学（入学・転校・進学）の相談 療育（家庭生活上の困難さなど）の相談 進路（施設や職場等）の相談 学校見学 その他（ ）		
備考			