

相 談 申 込 書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 児童名	性別	生年 月日	H・R 年 月 日	
	所属 () 学年 ()		(歳 か月)	
住所	川崎市 区 電話番号 (父・母・その他)			
紹介されたところ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校 ・ 区役所 ・ その他 ()				
家 族 構 成	続柄	氏名	生年月日 年 月 日	職業・所属
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
心配なことに☐をつけてください (複数回答可)				
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 歩き方が気になる <input type="checkbox"/> オウム返しが多い <input type="checkbox"/> 友達と遊べない <input type="checkbox"/> つま先立ち歩きが多い <input type="checkbox"/> 目が合わない <input type="checkbox"/> 集団の中に入れない <input type="checkbox"/> 呼びかけに反応しない <input type="checkbox"/> 指さしをしない <input type="checkbox"/> 不器用さが気になる <input type="checkbox"/> ことばが遅い <input type="checkbox"/> 聞こえが良くないようだ <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 発音がはっきりしない <input type="checkbox"/> 学校等に行きたがらない <input type="checkbox"/> かんしゃくが強い <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ()				
相談したいこと				
★児童発達支援、放課後等デイサービスなどの利用を希望しますか？ はい ・ いいえ				
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 再相談				