

相 談 申 込 書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 児童名	男・女	生年 月日	H・R 年 月 日 (歳 か月)
所属 () 学年 ()			

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	職業・所属
			年 月 日	
			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

新規 更新 再相談