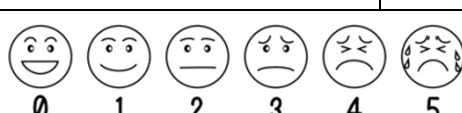


| | | | | | |
|----|--|---|------|----------------------------|------|
| 1 | 保護者様の氏名（ふりがな） | | | | |
| 2 | お子さまの性別 | 男 | 女 | | |
| 3 | お子さまの生年月日、年齢 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 4 | 住所 | | | | |
| 5 | 電話番号（日中連絡のつく番号） | | | | |
| 6 | メールアドレス | | | | |
| 7 | 家族構成（氏名、お子さまとの続柄、年齢） | 氏名（ふりがな） | 年齢 | 本人との続柄 | 職業など |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 8 | 現在困っていること | | | | |
| 9 | いつ頃からですか | | | | |
| 10 | それに対してどのような手立てをしてきましたか | | | | |
| 11 | 保護者様のねがい | | | | |
| 12 | お子さま本人のねがい | | | | |
| 13 | 診断名 | あり（ | ） | | なし |
| 14 | 発達検査（実施日、実施機関、検査名、検査結果） | 発達検査 | | | |
| | | 実施日 | 実施機関 | 検査名・検査結果 | |
| | | 平成〇〇年 〇月 〇日 | 〇〇病院 | WISC-III VIQ〇〇 PIQ〇〇 FIQ〇〇 | |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | |
| 15 | 既往歴（疾患、発作、服薬状況など） | あり（ | ） | | なし |
| 16 | 保護者様のストレスチェック ※今のお気持ちに近いものに色を塗って下さい |  0 1 2 3 4 5 <p style="text-align: center;">数字が大きくなるほど、ストレスが多い</p> | | | |