

問診票（保護者の方へ）

面談日： 年 月 日

\*必要事項をご記入の上、面談日にお持ち下さい

ふりがな

お子様 氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ 歳 ヶ月）

現在の 園・学校名： \_\_\_\_\_ 学年： \_\_\_\_\_

保護者 氏名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_

問1. お子様についてご心配されていることは何でしょうか？

例：ことばの発達が遅い、漢字が覚えられない、計算が苦手、集団行動がうまく取れない など…

問2. お子様の発達や学習に関して、今まで相談や受診をしたことがありますか？

あり（相談場所： \_\_\_\_\_） なし

問3. 障害者手帳や障害児通所支援受給者証はお持ちでしょうか？

• 手 帳 あり（種類： \_\_\_\_\_） なし

• 受給者証 あり なし

問4. 食べ物等のアレルギーの有無について

あり（種類： \_\_\_\_\_） なし

\*アレルギーへの対応について配慮する点をお書きください

