

[illegible]

ふりがな 幼児氏名		生年月日 年齢	年　月　日 歳　　　か月	性別	
住　所	〒（　　—　　） TEL（　　—　　—　　） ※日中連絡の取れる番号をお書きください。				
幼稚園等の 名称 住所	〒（　　—　　） TEL（　　—　　—　　） FAX（　　—　　—　　）				
本児以外の参加者	ふりがな氏名 続柄（　　）				
教育相談	教育相談の希望：　なし（　　） 当日希望（　　） 後日希望（　　） ※希望される方には、お電話をさせていただき、日程を調整いたします。後日の教育相談も可能です。				
相談したいこと					
診断の有無	(　　)　診断なし・未診断 (　　)　診断あり（診断名：　　）				
手帳の有無	なし・あり（種類：療育手帳 A・B　その他　　）				
発作の有無 健康上の 配慮事項	発作（　なし　・　あり　）				
その他の 配慮事項	(例)急に外に出ようとすることがあるため、注意が必要。歩行が不安定。				
本人が好きな こと・物・遊び					
本人が苦手な こと・物・遊び					