

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					

[illegible]