

# 令和6年度 就学前特別支援教室入室相談面接票

※印は、相談室が記入

※面接担当			記入年月日	令和	年	月	日		
フリガナ 幼児氏名			生年月日	平成	年	月	日		
保護者氏名 (世帯主)		続柄( )	在籍園						
就学予定校	小平市立	小学校	※教室名				教室		
就学相談を受ける理由	○特別支援教室への入室希望理由								
	○発達の課題にはいつ頃、どのようなきっかけで気付かれましたか？								
	いつ		きっかけ						
	○上記の発達の課題に園や家庭ではどのように対応されていますか？								
	園								
	家庭								
	○特別支援教室で指導してほしいこと。								
	・ 出生時体重		g	・ 分娩 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常→					
・ 片言をいう		歳	月	・ 歩き始め				歳	月
・ 発作 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→			・ 発育 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い→						
・ 主な既往疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ (									
・ 服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ (									