※相談をご希望される方はこの用紙を事前に下記までファックス（メール添付可）をお願いします。

弊社記入欄

形態〔訪問・ご来社（　　教室）〕	決定日〔　　／　　（　）　　：　～　：　〕	担当：	

記入年月日：西暦　　年　　月　　日（　　）

相談・検査　受付シート

[個人情報の取扱い]
本教室では、当シートにご記入いただいたお客様の個人情報を細心の注意を払って適切に管理いたします。
ご記入いただきましたご住所等の個人情報につきましては、弊社サービスの提供のみに使用いたします。

㈱アットスクール　TEL077-565-7337　FAX077-565-7347　✉office@at-school.jp

【1】プロフィール

① 保護者様のお名前（ふりがな）	続柄（　　）
② お子さまのお名前（ふりがな）	（男・女）
③ 生年月日	西暦　　年（平成　　）年　　月　　日（満　　歳）
④ ご住所	〒　　－　　都道府県
⑤ ＴＥＬ／ＦＡＸ	TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－
⑥ 携帯電話番号	
⑦ 学校	（　　）学校・園／（　　）年・年長・年中・年少
	担任（　　）先生（男・女）

【2】全ての方にお伺いします。

1．ご相談内容　（　）に〇をつけ、下の欄に具体的な内容をご記入ください。

（　）学習　（　）進路・就労　（　）発達課題　（　）友人関係　（　）不登校　（　）その他

2．上記の内容について、他機関で相談されたことがあればご記入ください。

機関名：	先生のお名前：	（男・女）
機関名：	先生のお名前：	（男・女）

3．お子様のご家庭または園や学校での様子を具体的にご記入ください。

【３】カウンセラーによる相談／発達検査をお申込みの方にお聞きします。

１．家族歴

家族または親類の中に次に該当する人がおられたら〇をつけ、その下の空欄にご本人との続柄をご記入ください。

アレルギー性疾患　　喘息　　てんかん　　知的障害　　身体障害　　視・聴覚障害

心身症　　不登校　　非行　　そううつ病　　統合失調症　　摂食障害

●検査歴（これまでに発達知能検査を受けたことがある場合は以下に記入ください。

検査名（　　）　検査日（　　年　　月　　日）　検査機関（　　）

●検査結果※コピーがあればご提出をお願いします（

２．お子さまの現在の様子について、あてはまるものがあれば〇をしてください。

登園・登校しぶり　　いじめ　　友達がいない　　無気力　　吃音　　夜泣き　　夜尿　　かん黙

チック　　爪かみ　　性器いじり　　指しゃぶり　　抜毛　　睡眠が不規則　　過度にしゃべる

落ち着きが無い　　不注意な間違いをする　　すぐ迷子になる　　忘れ物が多い　　よく転ぶ

手先が不器用　　一人で遊ぶ事を好む　　嫌なことがあるとパニックになる　　マイペース

過食　　拒食　　偏食　　自傷行為　　家庭内暴力　　成績が急に下がった

こだわり〔　　〕

場面にそぐわない行動をとる〔　　〕

他の子より優れた能力がある〔　　〕

他〔　　〕

３．お子さまの生育歴について、特記事項があればご記入ください。

出産時	〔　　〕
新生児期（生後～４週間）	〔　　〕
乳児期（２ヶ月～１２ヶ月）	〔　　〕
幼児期（１２ヶ月～６歳）	〔　　〕
学童期（６歳～１２歳）	〔　　〕
身体的・精神的な発育で気になることは	〔 ない ・ ある 〕
家庭内において何か大きな出来事や変化は	〔 ない ・ ある 〕
何か大きな病気や手術をしたことは	〔 ない ・ ある 〕

お子さまの対人面について、何か気になることがあればご記入ください。

〔　　〕

お子さまとの付き合い方や子育てについて、何か気になることがあればご記入ください。

〔　　〕

【備考】