

来室日	年 月 日		
ご相談に来られる方のお名前（お子さんとの関係 例：母）			
ご相談したいお子さんのお名前		生年月日	在園している場合は園名
		年 月 日	
同居のご家族構成（お名前と年齢、記入者との関係）			
	名前	年齢	関係（父、母など）
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
ご相談したい内容（例：幼稚園に行きたがらない、言葉の発達が遅い等）			
ご相談したい方の発達歴について			
<ul style="list-style-type: none"> ・歩き始め（ 歳 月 日 ） ・言葉発達について気になることはありますか（始語・言葉数・発音・理解面など） ・1歳半児健診、3歳児健診等で気になる点を指摘されたことはありますか。 ・食事面で気になったことはありますか（離乳期・偏食・小食・時間がかかる等）。 ・いままで大きな病気やけがをしたことがありますか。 ・現在、経過観察中や服薬中の病気がありますか。 ・その他、発達に関することを自由にお書きください。 			

受付票

NO.2

★通園以外のお子さんの活動についてお尋ねします。

お書きになれる範囲で結構です。

	活動内容 (例 スイミング、ピアノ、自由遊び、特には決まっていない等)
月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	

※受付票にご記入頂いた内容は、お子さんの心理教育相談の参考にさせていただきます。

それ以外の目的では、使用致しません。