

令和 8 年度

児童発達支援センタースタービーズ 巡回相談個人票

記入日 令和 年 月 日

氏名 <small>(ふりがな)</small>	男 女	クラス	( )組 0歳児,1歳児,2歳児,年少,年中,年長	
生年月日	令和 年 月 日 ( 歳 か月)	家族 構成	例)母	健康状態等の特記事項
住所	(地区まで)			
1. 相談したい内容について教えてください。				
2. 現在行っている対応や上手く対応できない場面について教えてください。				
3. お子さんの様子について、保護者とどのように共有し、対応をしていますか。				

<送付前チェックリスト>

対象児は、療育を利用していない。

→利用している場合は対象外です。療育先の担当者にご相談ください。

対象児は、児童発達支援センターつばさの療育相談を利用したことがない。

→利用歴がある場合は対象外です。保護者に同意を得た上で、児童発達支援センターつばさの担当相談員にご相談ください。