

幼児期（1歳～6歳まで）

5歳

記入日： 〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入者：稲美 春子（本人との続柄 母 ）

本人について				
園名 教室名	〇〇〇〇〇幼稚園・保育園・教室・在宅			
	通園方法	家族の送迎・通園バス・その他（ ）		
相談している場所	<input checked="" type="checkbox"/> 稲美町役場（ こども 課） <input type="checkbox"/> 市町（ 課） <内容> 不安なことは何でも聞いてもらっています			
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（ 〇〇療育センター ） <内容> 診察と言語の先生による療育を受けています 遊具で体を動かしたり、簡単なゲームをしたりして楽しんでいます			
	<input type="checkbox"/> その他（ <内容> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 相談したことやアドバイスされたことなども記入しておきましょう </div>			
定期的に 通っている 場所	施設名	担当者名	内 容	初利用日
				年 月 日
			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> スイミング・習字などの習い事や、児童発達支援事業所など、定期的に通っている場所があれば記入しておきましょう </div>	年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
医 療	医療機関名	〇〇病院 （初診： 〇〇年〇〇月〇〇日）		
	内容	熱が出たときなどに受診しています		
	医療機関名	（初診： 年 月 日）		
	内容			