

初回相談 引継ぎ表

年 月 日記入

記入された先生のお名前()

日頃は、東部地域療育センターの事業にご協力いただき、ありがとうございます。

来所されるお子さんの様子について、以下の項目にお答えください。

なお、記入いただいた内容については、当センターの相談事業以外で使用することはありません。

児童名:	(年 月 日生)
	記入時: 歳 か月
在籍:	園 歳児 (年 月入園)
(クラスの人数 先生:子ども= :	園全体の人数 名
お子さんについて; *集団生活での様子 ・ことば・コミュニケーション ・行動 ・人とのかかわり・集団生活 ・遊び ・身辺自立	

＊お子さんの様子 ・良いところ ・気になるところ
保護者、ご家庭との確認事項
その他
お願い： この書面は保護者の方に確認のうえ、初回相談日までに、保護者の方にお渡しください。 何かご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください

社会福祉法人名古屋キリスト教社会館
東部地域療育センターぽけっと
相談診療部・地域支援調整部
担当：成田、石川
〒464-0032
名古屋市千種区猫洞通 1-15
Tel:052-784-5300 FAX:052-782-0771