**※園児ごとに園が記入⇒終了後、写しを江戸川区発達相談・支援センター担当者へ提出**

**様式-２**

乳幼児施設等巡回支援　　　相談票　　　　作成日 R　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 園名(施設名) |  | 作成者 |  | 巡回支援日 | R　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象児（No.　　　） | （　　　　　）歳児クラス | 性別　（　　　　　　　　　） | 過去に巡回支援で相談経験あり　　・　　なし |
| 1. 支援・相談等関わっている機関　　※〇をつけてください

児発事業所　・ 健康サポートセンター　・ 発達相談・支援センター ・ 児童相談所 はあとポート学務課相談係　・　医療機関 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　なし |
| ２．既往歴・現病歴　　　なし　・　あり　　※ありの場合は下記に内容の記入をお願いします　　 | ３．家族構成・家庭状況・養育環境など |
| ４．園児の状況 |
| ５．現在の対応〇保育士の対応〇保護者の対応や考え |
| ６．困っていること・相談したい内容 |