|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事前情報シート**年　　月　　日 | | | | |
| 名前 |  | | 性別 | 男　　女 |
| 年齢 | 才　　　　　ヵ月 | | | |
| 所属・学年 |  | | | |
| 医療 | 診断名　　　　□あり（診断名　　） 　　　　　　　□なし ※診断名☑ありの場合 診断医療機関名（ 　）　　　　　　　　　　　 投薬　　　　　□あり（薬名　　　　　　　　　　　　 　） 　　　　　　　□なし | | | |
|
|
|
| 現在受けて いる支援 | (1) 利用している事業名・施設等（複数回答可） □児童発達支援センター、児童発達支援事業所 【利用頻度： 　　　　】 □子ども家庭センター 【利用頻度等：　　　　　　　　】 □地域の相談機関、巡回相談など 【利用頻度等：　　　　　　　　】 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  (2）支援内容 | | | |
|
|
| 相談内容 |  | | | |
| 現在行って  いる支援 | 【見立て・現在行っている支援】 | 【支援の実施状況】 | | |
| 本人の強み・好きなこと |  | | | |
| 所属機関・ クラスの状況・環境 | 【人数】（所属機関： 　）名・（1クラス： 　　 ）名 【環境】 | | | |
|
| その他 自由記述 |  | | | |

記入者 :

マネジメント事業利用、1週間前までにお送りください。