ペアレント・トレーニング 事前面談票

記入日：　　年　　月　　日

参加される方のお名前（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（年齢：　　）（続柄：　　）

【お子さんのお名前】（ふりがな） （ 男 ・ 女 ）	【生年月日】 年　　月　　日（　　歳）

【所属について】

① 保育園・幼稚園　　園名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿歳児クラス

② その他

【家族構成（お子さんからみて）】（例：父、母、弟）

1. 診断を受けた医療機関

（　　）

2. 診断名

（　　）

3. 診断を受けた時期（　　年　　月）

4. 現在、通っている医療機関

（　　）

5. 服薬について

①ある　　②ない

→お薬の種類（　　）

6. 一番最近に受けた発達検査について

検査名（　　）

実施機関（　　）

実施時期（　　年　　月）

結果（　　）

【お子さんについて】

1.園や家庭で困っている事はありますか。

2.通園先でお子さんが受けている個別支援（配慮）はありますか。

①ある　　②ない

→（　　）

3.児童発達支援や専門的な療育に通っていますか。

①はい　　②いいえ

→（機関名：　　）

【参加される保護者について】

1.お子さんとの関わり方で困っている事はありますか。

2.この講座を知ったきっかけはなんですか。

（　　）

3.今までにペアレント・トレーニングに参加したことはありますか。

①はい　　②いいえ

→（機関名：　　）

4.お子さんの事で相談できる相手はいますか。

①いる　　②いない

→家族（　　）専門機関（　　）区役所等（　　）

その他（　　）

～ 事前面談票は以上です。ありがとうございました ～