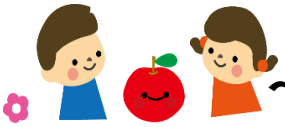

＜個人記録票＞

～お子さまへのよりよい支援のために～

取り扱い注意

※ 本票については、お子さまの支援に関する目的以外には一切使用しません。
※ 書きにくいところや答えにくいところは、あけておいてください。

ふりがな		平成　　年　　月　　日生	
児童名			
ふりがな		幼稚園・保育園（所）・認定こども園名	
保護者名			
家族構成		電話番号	

※生活面・言語面・行動面など今の状況や支援の状況について以下の欄にお答えください。
支援が必要な場合は、その支援内容をできるだけ詳しくお書きください。

生活面	更衣	・一人でできる　・支援が必要（　　）
	排泄	・一人でできる　・支援が必要（　　）
	食事	・一人でできる　・支援が必要（　　）
	移動	・一人でできる　・支援が必要（　　）
言語面	・ことば、まわりの人や友だちとのコミュニケーションなどで気にかかっていることや、ひらがなへの興味について（読み・書き）などがあればお書きください。	
行動面	・得意なことや好きな遊び、行動面において気にかかっていることがあればお書きください。	
身体面	・現在の身体状況で気にかかることなどがあればお書きください。（アレルギーの有無も）	
友だち関係	・友だち関係で気にかかることがあればお書きください。	
その他	・その他に気にかかることがあればお書きください。	
医療相談機関		
手帳　有　・　無	身体障害者手帳　　級（取得　　年　　月　　日） 療育手帳（　　）（取得　　年　　月　　日） 精神障害者保健福祉手帳　　級（取得　　年　　月　　日）	
思い願い	・伸ばしたいところや将来に向けての保護者としての願い、思いなどをお書きください。	

※大東市教育委員会事務局が、大東市役所子ども室および地域保健課等、お子さまに関わる関係機関への問い合わせをすること、および、進学先学校長宛にこの票を渡すことに同意する。

保護者名　　印

＊小学校に相談に行かれるときに、事前に記入して小学校にお持ちください。