相談の記録

※コピーして使ってください

利用期間	機関名	担当	内　　容
〇年〇月〇日 ～〇年〇月〇日	〇〇保健センター	〇〇先生	3歳半健診の時、心理相談を受けた ことばの遅れ落ち着きのなさ 「〇〇〇〇」幼児教室を勧められた
〇年〇月〇日 ～〇年〇月〇日	〇〇クリニック	〇〇先生	多動とことばの遅れを相談 〇年〇月に発達検査の予約をした