

無料相談/インテーク用紙

※太枠内を可能な範囲でご記入下さい。

担当：		ご記入日：20 年 月 日					
		ご記入者：					
ご相談対象者のお名前： <small>ふりがな</small> (ご記入者との続柄)		生年月日：					
		年齢：					
ご住所：〒 (最寄り駅やバス停:)							
ご連絡先(常時連絡先に✓を入れるか、常時連絡の付くもの1つのみのご記入でも構いません)							
□自宅 Tel：		□携帯メール：					
□携帯 Tel：		□PC メール：					
集団生活を送っていますか？：園小中高(学年)/児童発達支援事業所など()							
特別なサポートがありますか？：なし/あり()							
医師から診断を受けましたか？：なし/あり(診断名:)							
いつ頃診断されましたか？：							
医学的・生理的な問題がありますか？：なし/あり()							
服薬：なし/あり()							
応用行動分析学(ABA)によるサービスを受けたことがありますか？：ない/ある							
①開始時期： (継続/中断/終了) ②方法：セラピー(自宅訪問型・通所型)/相談のみ							
③その内容や頻度など：							
その他の専門的な介入を受けていますか？：いいえ/はい()							
気になる行動/改善したい行動はどのようなものがありますか？(複数回答可)：							
①多すぎて困る行動：							
②少なくて困る行動：							
③その他の困りごと：							
ご希望サービス内容：ホームセラピー / スクールシャドー / 集団トレーニング / コンサルテーション							
ご希望の曜日と時間帯：希望箇所に複数○印を入れて下さい。詳細な時間が分かる場合にはご記入下さい。							
おおよその時間帯	月	火	水	木	金	土	日
9:00-12:00の間							
13:00-15:00の間							
15:00-18:00の間							
ABA サービス & コンサルティングをどのようにお知りになりましたか？(複数回答可)							
□ホームページ		□専門機関からの紹介()		□知人からの紹介()			
□書籍()		□ワークショップ等()					
□ちらし		□親の会		□その他()			

※個人情報保護規定により、ご記入頂きました情報を厳重に管理し、いかなる理由によっても個人情報を保護することをお約束致します。