

相 談 票

記入日 年 月 日

相談対象者 名 前	ふりがな	性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日(歳)
所属校 園 学年学級等		家族構成	
住 所			
連絡先電話番号			
相談依頼者 名 前	保護者 担任 その他(名 前	

診 断 名	・ 未診断 ・ 自閉症 ・ AD/HD ・ LD ・ ダウン症 ・ 知的障害 その他()
-------	--

手 帳	療育手帳 (A ・ B1 ・ B2 ・ 無)	取得年月日(. .)
	身障者手帳 (1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 無)	取得年月日(. .)
発達検査等 (受けていれば)	検査の種類 ()	検査年月日(. .)
	結 果()	

・相談したい内容(場面、状況、様子など具体的に書いて下さい)

・これまでの経過(これまでに受けた支援・指導、療育や訓練などがあれば書いて下さい)

・最近の様子(3ヶ月、1ヶ月など区切りの良い期間で振り返って下さい)

・その他

個人情報の取り扱いについて

- ・ご記入いただいた情報は、本校の相談業務以外の目的には使用いたしません。
- ・ただし、相談者の了承を得た上で、必要に応じて関係機関への情報提供を行う場合があります。