提出様式

心とからだの育ち

記入日：令和　 年　　月 　日

○　この用紙には、お子さんに関する情報や生育歴、相談歴等をご記入ください。

○　個人の秘密は、厳守します。保護者が記入し、教育相談当日に相談担当者へ直接お渡しください。

**１　相談を受けるお子さんについて**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 |  | 男・女 |  平成・令和　 年　 月 　 日生 |
|  現在　　　　　歳　　　 月 |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ |  電話番号　　　 －　 　 － (緊急連絡先　　　－　 　　－　 　　) |
| 所属・学年 | どちらかに記入 | 　　　　　　　　　　　　　　　　幼稚園・保育所・認定こども園（年少・年中・年長） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校　第　　　　学年（通常の学級、通級指導教室、特別支援学級） |
| 療 育 手 帳※交付されている場合のみ | 区　　分 | Ａ　 ・ 　Ｂ | 交付年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 身体障害者手帳※交付されている場合のみ | 区　　分 |  　　　 　 級 | 交付年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 障がい名 |  |
| 精神障害者福祉手帳※交付されている場合のみ | 区　　分 | 　　 　　級 | 交付年月日 |  |
| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | 氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**２　通院歴や療育、関わり方の相談等について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談機関（病院名等） | 時期 | 医師の診断、相談内容及び療育を受けた内容 |
|  | 　　年　　月～　　年　　月（　　　　歳～　　　　歳） |  |
|  | 　　年　　月～　　年　　月（　　　　歳～　　　　歳） |  |
|  | 　　年　　月～　　年　　月（　　　　歳～　　　　歳） |  |

**３　新生児聴覚スクリーニングの結果について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右耳 | 左耳 | 検査日 |
| パス　・　リファー | パス　・　リファー | 平成・令和 　　　年　　　月　　　日 |

**４　相談したいことについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　ア　学びの場（学校、学級の種別）　エ　発達や障がいの状況　 | イ　学校での関わり方オ　その他（　 | ウ　家庭での関わり方　　　　　 　　　　　） |

【具体的な内容（どうして気になるのか、どのような時に、どのようなところが　など）】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |