

相談票【様式 1-2】

相 談 票 （ 保 護 者 用 ）

令和 年 月 日記入

これは、相談したい内容について書いていただくものです。なるべく詳しく書いてください。
なお、あなたの許可なしに他の機関に提供することはありません。

(ふりがな)

お子さんの名前 _____ (男・女) 平成 年 月 日生 (歳)

保護者の名前 _____

1 お困りのことを書いてください。

2 相談したいことを書いてください。

3 医療機関や相談機関で「障害名等の診断*」があれば、書いてください。

(*例：自閉症、アスペルガー症候群、ADHD、LD、精神遅滞)

診 断 日	障害名等の診断	医療機関・相談機関名	医師・相談者名
H /			
H /			
H /			

4 今までの相談で言われたことがあれば書いてください。

(今度の相談で相談担当者が知っておくべき特記事項のみで結構です。)

--