

令和 年 月 日

相談依頼書（兼）アセスメント票

京都府聴覚支援センター
京都府立豊学校長 様

依頼者



下記の「アセスメント票」により、相談依頼します。

氏名		性別		生年月日	年 月 日生
通園・在籍校				tel・fax	
保護者名				本人との続柄()	年齢・学年等
聴覚障害等の状況					
主たる障害			聴力	右(dB)左(dB)	
その他の障害			主治医		
補聴器等装用	<input type="checkbox"/> 補聴器 右耳・左耳 (開始 年 月) なし				
	<input type="checkbox"/> 人工内耳 右耳・左耳 (手術 年 月) なし				
障害者手帳	有・無	種 級	号	年 月 日	交付
療育手帳	有・無	A B		年 月 日	交付
主なコミュニケーション手段					
<input type="checkbox"/> 口話<聴覚活用> <input type="checkbox"/> 手話<指文字含> <input type="checkbox"/> 筆記 <input type="checkbox"/> その他					
主な相談内容 (言語・コミュニケーションの状況等)					

現 在 の 状 況

療育歴・教育歴		補聴器・人工内耳歴	
医療歴		学校等の様子	
学習理解		行動・社会性	
基本的生活習慣		心理検査等	実施年月 年 月 検査機関(者) _____ 検査結果

これまでの通園・在籍校とその期間

	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

学校やクラスでの取組など	
--------------	--

記入者 _____ (担任・コーディネーター・保護者<家族>・その他)