

平成 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  
京都府立聾学校長 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	平成 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
<b>聴覚障害等の状況</b>					
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	補聴器 右耳・左耳 (開始 年 月) なし				
	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
<b>主なコミュニケーション手段</b>					
口話<聴覚活用>		手話<指文字含>		筆記	その他
<b>主な相談内容(言語・コミュニケーションの状況等)</b>					

**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 検査機関(者) _____ 年 月 検査結果 _____

**これまでの通園・在籍校とその期間**

園・学校名		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
		平成 年 月 日 ~ 平成 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 )