　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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | | 生年月日 | 年 月 日生 | | |
| 通園・在籍校 |  | | TEL/FAX E-mail |  | | |
| 保護者名 |  | | 本人との続柄 | | 年令  学年等 |  |
| **聴 覚 障 害 等 の 状 況** | | | | | | |
| 主たる障害 |  | | 聴 力 | 右耳( dB)  左耳(　　 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 | | | | |
| 主なコミュニケーション手段 | □ 話しことば　□ 手話　　□ 筆記〈文字〉　□ その他    ※相手により異なる手段を利用できる場合は、複数回答してください。 | | | | | |
| **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  実施機関（者）  検査結果 |
| これまでの通園・在籍校とその期間 | | | | | |
|  | | | 年月日～　年月日 | | |
|  | | | 年月日～　年月日 | | |
|  | | | 年月日～　年月日 | | |
| 学校やクラスでの取組など | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者  氏　名 |  | 本人との関係 | 担任・コーディネーター・保護者・家族  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |