

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 \_\_\_\_\_ 印

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
<b>聴覚障害等の状況</b>			
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	<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"/> 話しことば <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆記〈文字〉 <input type="checkbox"/> 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。		
<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	
基本的な生活習慣		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（ ）
-------	--	--------	------------------------------