**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）　生年月日　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

保護者の名前　　　　　　　　　　　　　　　　学校(園)・学年　　　　立　　　　学校(園)　　　　年

電話番号

１　お困りのこと（相談したいこと）を書いてください。

|  |
| --- |
|  |

２　お子さんの特徴として当てはまると思われるものにチェックしてください。

|  |
| --- |
| □不安が強い【具体的にお書き下さい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】  □身体症状がある【頭痛・腹痛・吐き気　その他（　　　　　　　　　　　　　　）】  □集団行動（大人数）が苦手　□生活リズムが崩れている【起床：　　時　就寝：　　　時】  □食欲がない　□過敏さがある【聴覚・視覚・触覚・嗅覚　その他（　　　　　　　　　　　　　）】  □コミュニケーションが苦手　□相手の気持ちが読みにくい　□相手の気持ちを読みすぎる  □読みの苦手　□書きの苦手　□算数が苦手　□学習の理解が難しい □不器用さがある【手先・身体】  □じっとしていることが苦手　□集中が途切れやすい　□聞く力が弱い　□忘れやすい・忘れ物が多い |

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：自閉スペクトラム症、ＡＤＨＤ、ＬＤなど）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 年　 月　 日 |  |  |  |
| 年　 月　 日 |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

４ 今までの相談で助言さ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。）