様式１－１（保護者記入用）

取扱注意　　　　　　相談申込書

保護者氏名　　　　　　　　　　　印

（申込日：　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | H・R　　　年　　月　　日生まれ  （　　　）歳 |
| お子さんのお名前 | | （ 男 ・ 女 ） |
| 住所 及び 連絡先 | | 大田市　　　　　町  　電話（　　　　）　　　　　－  ※相談の方法について、電話でおたずねします。日中お話しできる連絡先をお書きください。 | |
| お子さんの所属 | | 所（園）　　（　　　　　）歳児クラス  　　　　　　　　　　　　　学校　　　　（　　　）年（　　　）組 | |
| 相談の方法  （希望があれば、〇印をつけてください） | | （　）先生も一緒に面談  面談場所…（　）所・園・学校　（　）市役所相談室　（　）自宅　その他（　　　　　　　） | |
| 相談したいこと | 該当する項目に  〇印をつけて  ください | （　）ことば　　　（　）運動　　　（　）見え方  （　）行動　　　　（　）学習　　　（　）コミュニケーション  （　）周りの人との関わり　　　　　（　）その他 | |
| 具体的に  お書き  ください |  | |
| これまでに、相談したり、支援を受けたりした機関に〇をつけてください | | １　発達健康相談（発達クリニック）  ２　医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　発達障害者支援センター　ウィンド  ４　児童相談所  ５　通級指導教室  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　※機関に対して、情報提供を求めることはありません。 | |

事務局記載欄　　　年　　月　　日受付（　　　）　大田市相談支援チーム事務局　　☏ ０８５４－８３－８１２４