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