

長洲町教育相談申請書

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日
本人氏名	(男・女)		
住所	長洲町大字 行政区 (区)		
保護者氏名		連絡先	
通園している園名	園 (<input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年少以下)		

◆これまでの経緯や保護者の思いについてご記入ください。

(小さい頃の様子、保健センターや医療機関などに相談した内容、気がかりなことなどを具体的に)

◆以下は、あてはまる項目を全てご記入ください。

発達検査	<input type="checkbox"/> 検査した (年 月頃) <input type="checkbox"/> 検査していない		
診断	診断名: (歳時)		
主治医	病院名: 医師名:		
投薬の有無	<input type="checkbox"/> あり(薬の名前:) <input type="checkbox"/> なし		
手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳(B2、B1、A2、A1) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
福祉サービスの利用	事業所名: 担当者名:		
特別支援学校への進学	<input type="checkbox"/> 視野に入れている <input type="checkbox"/> 見学して検討したい <input type="checkbox"/> 全く検討していない		