## 長洲町教育相談申請書

令和

年

月

 $\Box$ 

ふりがな		生年月日	平成	年	月	
本人氏名	(男·女) 長洲町大字					
住 所			行፤	政区 (		$\boxtimes$ )
保護者氏名		連絡先				
通園している園名		園	(□年長	□年中	口年少	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	□検査した( 年	月頃) □	検査している	いえ		
診断	診断名:			(		歳時)
主 治 医	病院名:		医師名:			
投薬の有無	□あり(薬の名前:		) 口な(	_ <del></del>		
手 帳	□療育手帳(B2、B1、A2、A1) □	]身体障害者	 手帳( 級	) 🗆 🕸	■請中	ロなし
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	口視野に入れている 口見学して検言	対したい 口:	全く検討し <sup>-</sup>	ていない		