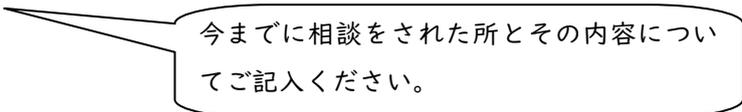
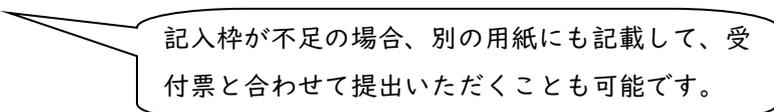
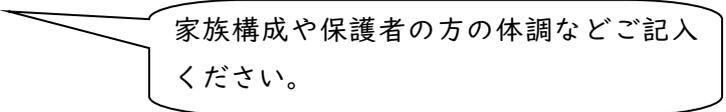
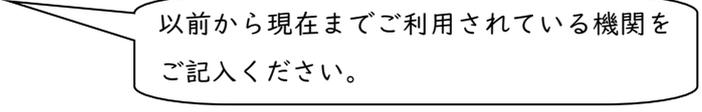
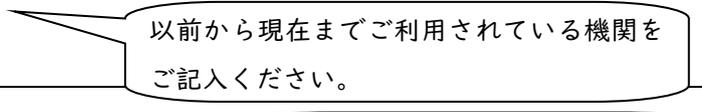
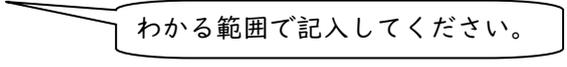


様式 1 - ② 保護者相談用 (記入例)

医師等による相談受付票 (檀原市子ども総合支援センター)

申請者名 _____ (所属 _____) ※代筆の場合のみ。

相談予約日： 年 月 日 予約希望時間： 時

ふりがな 氏名	生年月日 性別	年 月 日 (歳 ヶ月) 男 ・ 女
ふりがな 保護者氏名	電話番号	
住所		
相談来所 予定者 <small>(該当するところに○または記入してください)</small>	来所者：父親・母親・対象児・きょうだい・祖父母・その他 () → 計 名 ※対象児が来所される場合 (同室 ・ 別室待機) を希望します。	
経緯・経過	(相談歴・相談に至る経緯) 	
相談内容		
家族・保護者の 状況		
関係機関との 状況 <small>(受診歴など)</small>	(医療機関名・リハビリセンター・奈良県立医科大学など その他) 	
行政等の相談・支援及び 利用状況	(心理相談・所属する園所との相談・小中学校の相談・保健師の相談・こども広場(ハ木)・子育て支援センター(白檀)・ファミリーサポーター・サークルなど その他) 	
発達検査の結果		
〒634-0051 奈良県檀原市白檀町8丁目19-1 檀原市子ども総合支援センター こども発達支援課 電話 0744-27-8122 ・ 0744-27-8585		