

様式2-② 支援者相談用 (記入例)

医師等による相談受付票 (橿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 支援者氏名		支援者 所属 (学校名等)	
支援者 連絡先	住所	電話番号	
対象児 年齢	歳      ヶ月	対象児 性別	男      ・      女
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: 校長・園長・担任・特別支援・その他 (      ) → 計      名 対象児・その家族 (父・母・祖父母等) → 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) <div>今までに相談をされた所とその内容についてご記入ください。</div>		
相談内容	<div>記入枠が不足の場合、別の用紙にも記載して、受付票と合わせて提出いただくことも可能です。</div>		
家族・保護者の 状況	<div>家族構成や保護者の方の体調などご記入ください。</div>		
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) <div>以前から現在までご利用されている機関をご記入ください。</div>		
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 (八木)・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) <div>以前から現在までご利用されている機関をご記入ください。</div>		
発達検査の 結果	<div>わかる範囲で記入してください。</div>		
〒634-0051 奈良県橿原市白檀町8丁目19-1      橿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			