

施設支援相談申込票

(保育園・幼稚園・こども園・学校用)

※相談票は、FAXまたはメールで送信してください。

記入日 (令和 年 月 日)

施設名 (園名/学校名)		担当者名	
		連絡先電話番号	
対象児童年齢 (クラス/学年)	歳()		

《対象児について ※お子さんの個人名は記載不要です》

○診断、あるいは症状について、どのように把握されていますか。

- ① 医療の受診歴はありますか。 ある ない
- ② ①で「ある」の場合、診断や特性について、保護者等から貴施設にはどのように伝えられていますか。

③ 現在、受診または療育中ですか。 はい いいえ

④ 「はい」の場合、当園を受診されていますか。

はい いいえ

《困り感について》

○今回、ご相談されたいことについて、できるだけ具体的に教えてください。

例): 言語の指示が入らない/離席がある/反抗的な言動・暴言がある/学習が遅れる背景がわからない/
読み書きが難しい など

○上記について、これまで園や学校等で行われてきた対応について教えてください。

(担当)中部療育園 地域支援担当

〒682-0021 倉吉市上井503-1

電話:0858(27)0780

FAX: 0858(27)0781

E-mail:chubu-ryouikuen@pref.tottori.lg.jp

