相談依頼票（学校/関係機関⇒相談室みなと）　　記入日20　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名・施設名 | 　 | 電話番号 | 　　 |
| 依頼票を書いている方のお名前 | 　　　　 | 職種 | 　　　　　　 |
| 相談依頼にあたり、下記の個人情報の提供について（本人・家族）の了承の有無（ 有・無 ）※〇をつけて下さい。 |
| **◎ご相談したい方について以下ご記入ください◎** |
| 対象者イニシャル（　姓 ・ 名 ） |  |   | 男・女・その他 | 年齢（学年） | 歳（　　　　　　　年生） |
| 居住区 |  | 　　区 | 所属(学校など) |
| 横浜市　　 |  |
| 診断(障害)名・医療機関名・Dｒ名(既に診断を受けている場合にご記入ください) |
|  |
| 家族の状況（配慮など特記事項があればご記入ください） |
|  |
| 【気になっていること・困っていること】 |
|  |
| 【みなとへの依頼理由】 |
|  |
| 【ご依頼いただいている機関での支援内容】　 |
|  |
| 【現在かかわっている他機関と内容】 |
|  |
| 【相談室みなと記入欄】  | 室長 | 受付担当 |
| 受理 ・ 不受理（ |  | ） |  |  |

横浜市学齢後期発達相談室みなと