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