受診相談票（学校用）

学校 ➡ 大口病院	**作成日**	年　月　日	作成者：

ふりなが		**生年月日**	年　月　日（　歳）
氏名		□ 男 / □ 女	**学年**　年
所属	□ 通常学級　（在籍クラスの人数　人） □ 特別支援学級（ □ 知的 ・ □ 自閉/情緒 ） （在籍クラスの人数　人）	**各種障害者手帳の有無（等級、対象疾患など）** □ あり（　） □ なし ・ □ 不明	

学校の主訴（意向・希望）

本人の主訴（意向・希望）	**家族の主訴（意向・希望）**

1．紹介となった理由について（こどもの状態と相談したいこと）

※学校側が病院受診に期待したいことがあれば、具体的にご記入ください（例：特別支援学級を勧めたいが保護者は希望していない、等）。

2．受診・相談・案内のきっかけ

□ 本人からの相談　□ 保護者からの相談　□ 学校から保護者に勧めた
□ 学校以外の施設等の支援機関から勧められた（機関名：　）

3．受診・相談・案内を希望する理由や目的（該当する□を選択し，■にする）

□ 学習面　□ コミュニケーション　□ 言葉の発達　□ こだわり　□ 感覚過敏
□ 運動発達　□ 多動・衝動性　□ 生活習慣　□ かんしゃく
□ その他（　）

4．これまでの経過（医療機関等の受診歴，就学前・就学時の状況，発達に関する経過等について）

5．学校内で受けている指導・支援内容など

※出席状況、学習状況を含む

上記の内容について、保護者にご確認の上、☑をお願いします。

□　**本校児童（生徒）の受診に際し、上記の内容について、大口病院へ情報を提供します。**