

ご相談したい内容 ・ 心配していること 等

今まで相談に行ったところ、受けた検査・療育・訓練等

相談に行った年齢	病院、健康センター、子ども家庭支援センター、児童・放課後デイサービス等
歳 か月～ 歳 か月	
歳 か月～ 歳 か月	
歳 か月～ 歳 か月	

他機関との連携・連絡について

(お子様の件で、連絡・連携を取ってもよい機関に、○をつけてください)

幼稚園・保育園 (園名: _____)	
学校 (学校名: _____ 学校)	
学童 (学童名: _____ 学童)	
多摩市立健康センター	
子ども家庭支援センター	
その他(_____)	

当センター(教育相談・特別支援教育マネジメントチーム・発達支援室)で行う相談に当たっては、秘密は厳守し、原則的に相談者の同意なしに外部への情報提供はいたしません。

ただし、適切な相談を行うため、当センター内での情報共有は実施いたします。

私は以上の個人情報の取り扱いに同意の上、相談を申し込みます。

申請者氏名(署名)
