

※相談をご希望の方は、この用紙を事前に下記までお送りください。〔FAX、メール添付可〕

□アットスクール草津本校 TEL077-565-7337 FAX077-565-7347 ✉office@at-school.jp

□FC教室 TEL入力 FAX入力 ✉入力

弊社記入欄

相談〔初回相談・体験・他〕・検査・SST 決定日〔 / () : ~ : 〕 担当:()

記入年月日:西暦 年 月 日

ヒアリングシート

〔個人情報の取扱い〕

本教室では、当シートにご記入いただいたお客様の個人情報を細心の注意を払って適切に管理いたします。ご記入いただきましたご住所等の個人情報につきましては、弊社サービスの提供のみに使用いたします。

【1】プロフィール

| | | | |
|-----------|------------------------------|---------|-----------------|
| ふりがな | | | |
| お子様のお名前 | | | 性別〔男・女〕利き手〔右・左〕 |
| ふりがな | | | |
| 保護者様のお名前 | | | 続柄〔 〕 |
| お子さまの生年月日 | 西暦 | 年(平成)年 | 月 日〔満 歳〕 |
| ご住所 | 〒 | - | 〔都,道,府,県〕 〔市,郡〕 |
| 最寄り駅 | 〔 | 〕線〔 | 〕駅より徒歩〔 |
| TEL/FAX | TEL() | - | FAX() - |
| | 携帯() | - | |
| メールアドレス | @ | | |
| 学校 | 〔 | | |
| | 〕学校・園／〔 | | |
| | 〕年・年長・年中・年少 | | |
| | 在籍クラス〔 通常級 支援級(知・情) その他() 〕 | | |
| | 担任〔 | | |
| | 〕先生(男・女)／通級担当〔 | | |
| | 〕先生(男・女) | | |

【2】全ての方にお聞きます。

1. お子様の学習や生活で特にお困りのことを2つあげてください。

①

②

2. お子様のご家庭または園や学校での様子を具体的にご記入ください。(学校で受けられている支援があればご記入ください)

3. これまでに他機関において診断、治療、検査、療育、相談などを受けられたことがある方にお聞きます。

| | | | | |
|-------------------------|---|-------|-----------|---------------|
| 診断 | ・〔 | 〕歳ころ〔 | 〕病院で〔 | 〕と診断された |
| | ・ご本人は、自身の発達障害のことについてご存知ですか?〔知っている・知らない〕 | | | |
| | ・面談時、本人同席の際、発達障害についてお話をよろしいですか?〔可・否〕 | | | |
| 服薬状況 | 服薬あり(お薬名:)／服薬なし／過去に服薬していた | | | |
| 受診・療育・相談の有無 | 〔 | 〕歳ころ〔 | 〕病院で〔 | 〕を受けている／受けていた |
| 心理検査受検経験 (WISC、K式など) | 〔 | 〕歳ころ〔 | 〕病院で〔検査名: | 〕を受けた |
| | 結果 | | | |

4. アットスクールを、どちらでお知りになりましたか。あてはまるものに○をつけてください。

ホームページ・フェイスブック・チラシ・びいめ〜る・紹介〔

