**教育相談に係る学校からクリニックへの情報提供及び詳細な相談内容**

令和　　 　年　　 　月　　 　日記入

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 | 記入者 |
|  |  |

教育相談に係る情報提供依頼書・同意書に加えて、具体的な現況と対応を事前にまとめていただくことで、

限られた面談時間内で必要な医療情報・具体的な対応をお伝えしやすくなります。ご協力お願いいたします。

1. 児童・生徒の具体的な現況
2. ①に対して現在行っている関わりや工夫
3. ②の結果
4. ①～③を基に、今回特に相談したい内容

≪提出について≫

面談の1週間前までに必着で書面にてクリニックにご提出ください。期限内であれば、個人情報に配慮した上で、　　郵送・電話確認の上FAX・直接提出・保護者による提出等ご都合のつく方法で構いません。

国民健康保険飛騨市こどものこころクリニック

TEL:0577-57-7110　FAX:0577-57-7112　 E-mail：[kodomonokokoro@city.hida.gifu.jp](mailto:kodomonokokoro@city.hida.gifu.jp)

〒509-4221　岐阜県飛騨市古川町若宮２丁目１－60