**（こどものこころクリニック初診時提出用）学校の様子**

保護者からの依頼があった場合は①、該当することがあれば②、学校から受診を勧めた場合は③までご記入ください。

保護者に渡して初診時に持参していただくか、学校からクリニック宛に直接郵送・電話確認の上FAX・来院して提出等はご都合のつく方法で構いません。

令和　　 　年　　 　月　　 　日記入

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名・学年・クラス | 記入者（役職・担任） |
|  |  |

1. 児童・生徒の現況をご記入ください。

※授業中の様子・授業以外の生活場面の様子・友達関係・本人の困り感や苦手そうな様子が見られる場面（例・説明を聞いて理解する・情報を頭の中で整理する・言葉で表現する・板書・集団行動・他児とのやりとりなど教員から見て）・家庭の状況他特記事項等）

1. ①に対して現在学校で行っている関わりや工夫の有無（あれば具体的な内容をご記入ください）
2. 学校から受診を勧めた場合は、その経緯（学校での言動・状況等の具体的な様子・学校が考えた見立て・対応の結果）もご記入ください。

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