

相談票

記入日： 年 月 日

氏名(ふりがな) _____ () _____

性別 男 ・ 女

生年月日(年齢) _____ 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____ - _____

連絡先 自宅： () 携帯： ()

携帯メールアドレス： _____

所属集団 _____ 例)〇〇幼稚園、〇〇小学校 等

氏名	続柄	所属等	その他(既往歴等)
例)市川 太郎	父	会社員	左耳難聴

相談内容 ※以下の項目で該当するものの()内に○をつけ、右側に詳細をご記入ください。

()ことばの遅れ	
()コミュニケーション	
()発音	
()聞こえ	
()吃音	
()その他	

既往歴 例) 中耳炎

紹介先 ※こちらをどのようにお知りになりましたか？ 例)保健センター、知人

希望日程 ※ご希望の曜日や時間帯等ありましたらご記入ください。