



## 相談受付票(2)

○過去～現在までに関わった療育・相談・医療機関をお書きください。

機関名	期間	頻度	診断名・指導内容
(例)〇〇病院	〇年〇月	1回のみ	自閉症・
(例)〇〇教室	〇年〇月～〇年〇月	1ヵ月に1回	集団での療育

○過去～現在までに就労した経験があればお書きください。

事業所名	期間	所属先	仕事内容	雇用形態	備考
(例)〇〇会社	〇年〇月～ 〇年〇月	総務	事務補助	正社員	

○現在、悩んでいること、相談したいことをお書きください。

--