

Referral to School Counsellor/School Psychologist

From Learning and Support Team

スクールカウンセラー／学校心理士への紹介状

学習・サポートチームより

プライバシー保護に関する通知: この情報は、学校のカウンセリング担当職員がお子さんをサポートする上で役立てることを目的として収集されます。当該情報の提供は任意です。得られた情報は安全に保管されます。収集された情報およびアセスメントの結果は、必要に応じて、お子さんのサポートに携わる他の学校職員に提供される場合があります。提供された個人情報は、学校カウンセリング担当職員にご連絡いただければいつでも訂正することが可能です。

本用紙の記入に助けをご希望の方は学校までご連絡ください。学校への連絡に際して通訳の支援をご希望の方は、131 450に電話をして日本語の通訳をご指定の上、オペレーターに学校に電話をつなぐように要請してください。オペレーターが通訳を呼び出し、会話をお手伝いいたします。このサービスは無料でご利用いただけます。

Name of student 児童・生徒氏名

Name of school 学校名

Date of birth
生年月日Date of referral
紹介日

保護者の方は以下に英語で情報を記入してください — 余白が不十分な場合はページを追加してください。

紹介の理由／保護者の懸念事項 Reason for referral/parent's concerns

生育歴／病歴 Developmental/medical history

例えば、お子さんの発話能力、言語力あるいは運動能力の発達に懸念を持たれたことがありますか？ お子さんは重大な疾患に罹ったことがありますか？

以前のアセスメント Previous assessments

例えば、医師、心理学者、言語療法士などによるアセスメント（アセスメントを行った者について明記し、可能な場合は報告書も添付してください）

さらなる詳細 More information

他に何かスクールカウンセラー／学校心理士に知っておいてもらいたいことはありますか？

スクールカウンセラー／学校心理士がお子さんに会った結果として、どのようなことを期待されますか？

What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

私はプライバシー保護に関する通知を読んだ上、スクールカウンセラー／学校心理士が以下を行う許可を与えます。

必要に応じてアセスメントおよびカウンセリングを行う
Carry out assessment and counselling as requiredはい
Yesいいえ
No私が提供した報告書の作成者と連絡をとる
Contact the authors of the reports I have providedはい
Yesいいえ
No報告書の出所
Reports fromこれらの報告機関と情報交換する
Exchange information with these agenciesはい
Yesいいえ
No保護者の署名
Signature of parent/carer日付
Date