



상담 신청서

1. 상담 신청자

성명		연락처	
상담방법	<input type="checkbox"/> 대면상담 <input type="checkbox"/> 전화상담	학생과의 관계	
상담희망일시	1순위	2순위	기타
	월 일 (:)	월 일 (:)	월 일 (:)

2. 학생 정보

성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	보호자 연락처	
학년 반	학년	반	생년월일	년	월 일
학생 개인의 특성	학업성취도	최근 성적 : 상 중 하			
	심리정서 행동적 측면	<input type="checkbox"/> 교우관계 <input type="checkbox"/> 사회성부족 <input type="checkbox"/> 진로 <input type="checkbox"/> 과잉행동/주의력 결핍 <input type="checkbox"/> 가족갈등 <input type="checkbox"/> 소극적 성격 <input type="checkbox"/> 불안/우울 <input type="checkbox"/> 충동/분노조절 <input type="checkbox"/> 틱·뚜렛 <input type="checkbox"/> 선택적 함묵 <input type="checkbox"/> 음주/흡연 <input type="checkbox"/> 이성문제 <input type="checkbox"/> 폭력사용 <input type="checkbox"/> 약물남용 <input type="checkbox"/> 수업태도 불량 <input type="checkbox"/> 상습결석/지각 <input type="checkbox"/> 학습부진 <input type="checkbox"/> 가출 <input type="checkbox"/> 도벽 <input type="checkbox"/> 기타()			
	가족형태	<input type="checkbox"/> 일반가정 <input type="checkbox"/> 다문화 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 조손가정			
상담희망 내용					
상담 시 참고사항					

위와 같이 학생상담을 신청하며, 학생·보호자의 인적사항, 의뢰사유 등의 정보를 제공하는데 동의합니다.

20 년 월 일

신청인:

(서명)