

[우리아이심리지원서비스 추천서]

신청자 정보					
이름		생년월일		성별 (○체크)	여 남
연령	만 세	학년		보호자 이름	
추천내용					
신청자의 특성	※ 다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요(중복 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 가능) <input type="checkbox"/> ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 <input type="checkbox"/> ② 정서적 어려움: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 <input type="checkbox"/> ③ 사회성결여: 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계 1: 언어문제 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계 2: 인지문제 <input type="checkbox"/> ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타 (그 밖의 문제행동:)				
추천사유					
판단근거 (추천이 필요 하다고 판단 되는 요인)	- 관찰내용, 검사결과 등 기술				
추천자 의견	- 인지·언어적, 정서적, 행동적, 또래관계 등 서비스 관련 신청자 특성 - 서비스 지원이 필요한 분야 등 상세의견 기재				
추천자 정보					
기관명		기관연락처			
기관주소					
작성자이름		직급 또는 자격			

위의 내용이 사실임을 증명하며, 해당자를 우리아이심리지원서비스 대상으로 추천합니다.

20 년 월 일

추천인: _____ (인)

[우리아이심리지원서비스 소견서]

신청자 정보																								
이름		생년월일		성별 (○체크)	여 남																			
연령	만 세	학년		보호자 이름																				
소견요약																								
신청자의 특성	※ 다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요(중복 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 가능) <input type="checkbox"/> ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 <input type="checkbox"/> ② 정서적 어려움: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 <input type="checkbox"/> ③ 사회성결여: 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계 1: 언어문제 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계 2: 인지문제 <input type="checkbox"/> ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타 (그 밖의 문제행동:)																							
사용한 검사도구 (추가 가능)	검사도구		정상범위/백분위	평가결과 (점수)	참고점수 (하위적도의 점수)																			
	부모 보고																							
	전문가 보고																							
평가소견	(소견 및 치료의 주관적 서술)																							
	(소견 및 치료의 주관적 평가: 해당되는 번호에 <input checked="" type="checkbox"/> 체크) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>①</td><td>②</td><td>③</td><td>④</td><td>⑤</td><td>⑥</td><td>⑦</td><td>⑧</td><td>⑨</td><td>⑩</td> </tr> <tr> <td colspan="5">← 심각</td> <td colspan="5">양호 →</td> </tr> </table>					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	← 심각					양호 →			
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩															
← 심각					양호 →																			
검사기관 정보																								
기관명				기관연락처																				
기관주소																								
작성자이름				작성자 연락처																				
작성자 자격명				작성자 자격번호																				

위의 소견이 사실임을 증명합니다.

20 년 월 일

작성자: _____ (인)