

[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 (하위최도의 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="3">← 심각</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="3">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)