|  |
| --- |
| -この資料は、教育相談　を申請することを目的としています。他の目的の利用や転写はお断りします。プライバシーに十分ご留意くださるとともに、必ず部外秘扱いされるようお願いします。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **教 育 相 談 申 請 書（小中学校用）**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秘  教 育 相 談 ・ 学 校 巡 回 指 導 申 請 書 | | | | | |
|  | | | 市町教育委員会 | |  |
|  | |
| 令和　　年　　月　　日  福井県立奥越特別支援学校長　様  市町教育委員会教育長　様  　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　申請者　学 校 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校長名　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号（　　　）　　－  下記のとおり教育相談を申請します。 | | | | | |
| ふ 　り 　が 　な  児童生徒氏名 | （ 男・女 ） | 生年月日 | | 平成　 年　 月　 日 | |
| 学年・学級 | | 年　　組 | |
| 学　　籍 | | 通常・特学（　　　） | |
| 保護者氏名 | （続柄　　） | 職　　業 | |  | |
| 現住所 | 〒 | 電　　話 | |  | |
| 相談したいこと  （該当するものを○） | １ 学習（LD・LD以外） ２ 対人・行動 ３ 言語 ４ 運動（粗大・微細）  ５ 就学・進路　 ６ 養育・家庭生活　　７ 生活習慣　　８ 不登校・いじめ | | | | |
| 主訴にかかわる様子を具体的にお書きください。 | 学級担任氏名 | | | | |
| 学校所見  現段階における学校での具体的な対応・校内委員会での検討内容など | 特別支援教育コーディネーター氏名 | | | | |
| 本人・保護者の  願　い |  | | | | |
| 診断の有無 | 診断名：無・有（　　　　　　　　　　） 　医療機関名：  服薬等： | | | | |
| これまでの経緯  （該当するものに○） | ・本校への相談について  ①初めて相談する。　　②以前相談したことがある。（　　年生時）  ・個別の教育支援および指導計画作成の保護者の同意について  ①あり　②なし  ・個別の教育支援計画および指導計画の作成と書式について  　①作成済み　　②作成中　　③未作成　／　①通常版　②簡易版  ・出身園や出身学校との移行支援について  　①あり　　②なし  ・就学判断と判断結果について  ①無　　②有（　　）年度判断　／　判断結果（含障がい種）  通級（　　　）　・ 特別支援学級（　　　）　・ 特別支援学校（　　　） | | | | |

「子育てファイルふくいっ子」の「基礎調査票」と「評価シート」を添えてご提出ください。