|  |
| --- |
| -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（高等学校用）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秘教 育 相 談 ・ 学 校 巡 回 指 導 申 請 書 |
| 令和　　年　　月　　日福井県立奥越特別支援学校長　様　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　申請者　学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校長名　　　　　　　　　　　　　　　印学校電話（　　　）　　－下記のとおり教育相談を申請します。 |
| ふりがな生徒氏名 | （ 男・女 ） | 生年月日 | 平成　 年　 月　 日 |
| 学　　科 |  |
| 学年・学級 | 年　　　組 |
| 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・出身中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。