|  |
| --- |
| 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 | | | |
| 福井県立嶺南西特別支援学校長　様　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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  児童生徒氏名 | （ 男・女 ）  出身中学校： | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 学科 | 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○） | ・嶺南西特別支援学校の教育相談について  １　初めて相談する　　２ 以前相談したことがある（　　　　年生時）  ・個別の教育支援計画・個別の指導計画作成の保護者同意について  　１　保護者の同意あり　２　保護者の同意なし  ・個別の教育支援計画・個別の指導計画作成について  　１　作成済み　　　　　２　作成中　　　　　３　未作成  ・出身校との移行支援について  　１　移行支援あり　　　２　移行支援なし  ・就学判断について　　　１ なし　 ２ あり  判断結果（＊含障がい種）　（　　）年度判断結果  通級（　　）・ 特別支援学級（　　）・ 特別支援学校（　　） | | |