|  |
| --- |
| 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（　　） |