|  |
| --- |
| 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（南越　高校用）**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秘  教 育 相 談 ・ 学 校 巡 回 指 導 申 請 書 | | | |
| 令和　年　月　日  　福井県立南越特別支援学校長 　　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 |
| 学年・学級 | 年　　組 |
| 学　　籍 | 通常・通級（　　　） |
| 保護者氏名 | （続柄　　） | 職　　業 |  |
| 現住所 | 〒 | 自宅電話 |  |
| 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  就学判断  及び判断結果  （該当するものを○） | １　初めて相談する。  ２ 昨年度相談したことがある。  ３　以前相談したことがある（　　年生時）  就学判断　無・有（　　）年度判断・判断結果（含障害種）  通級（　　　）・ 特別支援学級（　　　）・ 特別支援学校（　　　） | | |