|  |
| --- |
| 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（学齢用）**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秘  教 育 相 談 ・ 学 校 巡 回 指 導 申 請 書 | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　福井県立福井特別支援学校長　 様  　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　申請者　学校名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校長名　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校番号（　　　）　―  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 | 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  内容などをお書  きください。 | 職名（　　　　　　　） 　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  （該当するものを○） | 〇相談について  １　初めて相談する。  ２ 以前相談したことがある。（　　年生時　　相談機関名：　　　　　　　）  〇就学判断について  就学判断　無・有  判断結果（含障害種）（　　）年度判断  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」を添えてご提出ください。