|  |
| --- |
| 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（幼児用）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秘教 育 相 談 ・ 学 校 巡 回 指 導 申 請 書 |
|  | 市町教育委員会 |  |
|  |
|  　　　　　　 令和　　年　　月　　日　福井県立福井特別支援学校長　 様　市町教育委員会教育長　様　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　申請者　所属名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　所属長名　　　　　　 　　　　印 電話番号（　　　）　　－　　　　　　　　　　　下記のとおり教育相談を申請します。 |
| ふりがな子どもの氏名 |  　　　　　　　 （ 男・女 ） | 生年月日 | 　　　年　 月　 日 |
| 　　　　　　　　　　　　歳児 |
| 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 登園渋り** |
| 　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　 |
| 園 所 見現段階における園での具体的な対応をお書きください。 | 　　　　　　　　　職名（　　　　　　　）　　氏名　　　　　　　　　 |
| 保護者の思い |  |
| 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○） | １　初めて相談する。２ 以前相談したことがある。（　　　歳児　相談機関名：　　　　　　　）　 |

※「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。