|  |
| --- |
| 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 |
|  | 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　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。 | 　　　　　　　　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。