教　育　相　談　受　付　票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談予定年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日　（　　　） | | | | | | | | |
| 来校予定者 | | | | □本人　　□父　　□母　　□担任　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 児童生徒名 | （ふりがな） | | | | | | | 性　　別 | | | | □男　　　□女 |
|  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日生  （　　　　　）歳 |
| 在籍校・学級 | (　　　　　) | | | | | 年 | | 担　任　名 | | | | 先生 |
| （□通常学級　□特別支援学級）  　　　　　　　【□知的学級　□自閉症・情緒学級　□肢体不自由学級　□その他（　　　　　　　　　　）】  □特別支援学校　（□小学部　□中学部）【□普通学級　□重複学級】 | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | （続柄） | | （ふりがな） | | | | | 勤務先、所属（学校など） | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |
| （続柄） | | （ふりがな） | | | | | 勤務先、所属（学校など） | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |
| （続柄） | | （ふりがな） | | | | | 勤務先、所属（学校など） | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |
| （続柄） | | （ふりがな） | | | | | 勤務先、所属（学校など） | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | 連絡先 |  | | |
| 関係機関 |  | | | | | | | | | | | |
| 太枠の中は必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | |
| 障がいの状況  手帳の有無など | | 診断を受けている障がい〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  診断を受けた機関〔　　　　　　　　　　　　〕診断年月〔　　　　年　　　月〕  療育手帳　〔　□有り　（□Ａ　　□Ｂ）　・　□申請中　・　□無し　〕  身障者手帳〔　□有り　（　　種　　級）　・　□申請中　・　□無し　〕 | | | | | | | | | | |
| 服薬〔　□有り　・　□無し　〕  てんかん〔　□有り　・　□無し　〕  アレルギー〔　□有り（　品目：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　□無し　〕  医療的配慮事項 | | | | | | | | | | |
| 検査等  (検査名) | | | □鈴木ﾋﾞﾈｰ　　□WISC  □田中ﾋﾞﾈｰ  □その他（　　　　　　） | | 検査年月 | | | | 年　　　　月 | |
| 検査数値 | | | |  | |
| 検査機関 | | | |  | |
| 相談したいこと | |  | | | | | | | | | | |