|  |
| --- |
| 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、必ず部外秘扱いにされるようお願いします。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **教 育 相 談 申 請 書（県立中学校・高等学校用）**　　 **秘**  令和　　年　　月　　日  福井県立福井東特別支援学校長　　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）  出身中学校： | 生年月日 | 平成　 年　 月　 日 |
| 学年等 | （　　　　　　）科  　　　　年　　　組 |
| 保 護 者 氏 名 | （続柄 　　） | 職 業 |  |
| 現　　住　　所 | 〒 | 電　　話 | 携帯の場合は誰の携帯か　お書きください（●携帯） |
| 相談したいこと  （該当するものを○）  主訴にかかわる  様子を具体的に  お書きください。 | 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  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（　　　　） | | |

※「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。

**県立中学校・高等学校用**

※本校職員が訪問した際に、個別の指導計画（作成途中でも可）をご用意ください。