|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　教 育 相 談 申 請 書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　福井県立ろう学校長　様　市町教育委員会教育長　様　福井県立嶺南東特別支援学校　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。 |
| ふりがな幼児児童生徒氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 歳･学年・学級 | 歳　　年　　組 |
| 学　　籍 | 通常・特学（　　　） |
| 保護者氏名 |  　　　　　　（続柄　　） | 職　　業 |  |
| 現住所 | 〒 | 自宅電話 |  |
| 相談したいこと（該当するものを○） | １　聞こえ　　　２　学習（LD・LD以外）　　　３ 対人・行動　　　４ 言語 ５　運動（粗大・微細）　　　6　就学・進路　　　７ 養育・家庭生活　　８　生活習慣　　　９　不登校・いじめ　　　10　その他（　　　　　　 　　　） |
| 主訴にかかわる様子を具体的に お書きください。 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 担任氏名　　　　　　　　　　 |
| 所見現段階における園・学校での具体的な対応・支援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：　　　　　　　　　　 　　　　　　  |
| 補装具等（該当するものを○） | １　補聴器　　　２　人工内耳３　補聴援助システム（ロジャー　ワイヤレスアダプター　エデュマイク）４　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| これまでの経緯就学判断及び判断　の結果があれば該当するものに○を　お付けください。 | 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（　　歳時・　　年生時） |
| 就学判断　無・有（　　）年度判断・判断結果（障害種）通級（　　　）・ 特別支援学級（　　　）・ 特別支援学校（　　　） |

※この教育相談申請書の提出をもって、学校訪問派遣申請書とさせていただきます。