|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。