

教育相談申請書

秘

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

電話番号 () -

印

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。