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 | (　　　　　 ) | 学校　　　　年 | 学校連絡先 | ℡（　　　 ）　　― |
| 担　任　名 | 　　　　　　　　　　　先生 |
| □幼稚園、保育所、通園施設　□小学校　□中学校　（□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】 |
| 保　護　者 | 父（ふりがな） | 母（ふりがな） |
|  |  |
| （　　　　　　　）（ふりがな） | 連絡先 | 自宅（ＴＥＬ） |
|  | （　　　　　）　　　－　　　　 |
| 住　所 | 〒 |
| 健　康　面 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　）投薬　　□有　　□無　　　　　（□朝　　□昼　　□夕）備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　）投薬　　□有　　□無　　　　　（□朝　　□昼　　□夕）備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 関係機関 |  |
| 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　〕 |
| 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 |  |

ご協力ありがとうございました。

教　育　相　談　受　付　票　**（*記入例*）**

|  |  |
| --- | --- |
| 相談予定年月日 | 　　　*令和****元***年　　***７***　月　***１１***日　（　***火***　） |
| 来校予定者 | 　　□本人　　□父　　□母　　□担任　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 児童生徒名 | （ふりがな）　　　**おびよう　　 たろう** | 性別 | □男　　　□女 |
| 　　　　　**帯　養　太　郎** | 生年月日 | *平成****１6***年　***８***月　***６***日生（　　***１２***　）歳 |
| 在籍校・学級 | （**帯広市立西の森小**） | 学校　***６***年 | 学校連絡先 | ℡（***０１５５*** ）***１１***―***１２３４*** |
| 担　任　名 | 　　　**中　場　八　朗**　　先生 |
| □幼稚園、保育所、通園施設　□小学校　□中学校　（□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】 |
| 保　護　者 | 父（ふりがな）　　**おびよう　　　　　　し　ゅ　ん** | 母（ふりがな）　　**おびよう　　　　　　み　ず　ほ** |
| 　　　　　**帯　養　　　隼** | 　　　　　**帯　養　　瑞　穂** |
| （　　　　　　　）（ふりがな） | 連絡先 | 自宅（ＴＥＬ） |
|  | （***０１５５***）　***９９***－　***００００***　　　　 |
| 住　所 | 〒***０８０***―***８８８８***　　**帯広市西の森町7条通5丁目３－１** |
| 健　康　面 | 病名（　　　　　　**てんかん**　　　　　）病院名（　**田森クリニック**）主治医（　**田森医師**　）投薬　　□有　　□無　　　　　（□朝　　□昼　　□夕）備考（　**発作は小学校3年生からありません**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　）投薬　　□有　　□無　　　　　（□朝　　□昼　　□夕）備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 関係機関 | **帯広リハビリ（佐々木作業療法士）、放課後わんぱくランド、十勝大空支援センター（村田相談支援専門員）** |
| 障がいの状況手帳の有無など | 診断を受けている障がい〔　**広汎性発達障がい**〕診断を受けた機関〔　**嵐が丘病院　　大泉医師**〕診断年月〔*平成****１８***年　***７***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　〕 |
| 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 | 　*平成*　***２5***　年　　***１１***月 |
| 検査数値 | ***ＩＱ　４５*** |
| 検査機関 | 　**西の森児童相談所** |
| 相談したいこと | **中学生から養護学校への進学を考えている。地元の中学校の特別支援学級も相談したが、帯広養護学校の説明も聞きたい。****特別なことがある日は、朝から声を出して落ち着かなくなる。****夜中に頻繁に目を覚まし、困っている。** |

ご協力ありがとうございました。