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。