

教育相談票(高等学校記入用)

記入年月日 令和 年 月 日 記入

相談者	学校名		電話番号	
	窓口者 氏名		役職	<input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> その他()
相談対象	学年 (年齢)	年(男/女) (歳)	主たる 障がい	
相談 概要	<input type="checkbox"/> 校内研修 テーマ・目的 () <input type="checkbox"/> 個別相談 ・行動上の問題 ・コミュニケーション ・集団参加 ・教科指導 <input type="checkbox"/> 保護者との連携 ・校内体制 ・その他()			
生徒の 様子	(名前のイニシャル)			
相談内容				
現在の対応 (具体例)				
中学校等 からの 引き継ぎ事項				
個別の教育 支援計画	出身中学校等からの受取 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

府教育委員会受付日

令和 年 月 日 (曜日)

担当支援学校名

研修・相談の実施予定日

令和 年 月 日 (曜日)

【助言事項など】

担当者氏名() 添付資料 有り無し

次回相談・打ち合わせ予定日

令和 年 月 日 (曜日)

* 太線内:高等学校記入 * 青線内支援学校記入 * 個人情報 は記入しないで下さい