

教育相談票

記入年月日 令和 年 月 日 記入

相談者	校園名		電話番号	— — (市)
	窓口者 名前		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 (性別:) (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)				
備考	他の相談機関・医療機関の利用について			
手帳等	所持手帳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			

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】 <div style="text-align: right;">担当者名() 添付資料 <input type="checkbox"/>有り<input type="checkbox"/>無し</div>	
次回相談・打ち合わせ予定日	令和 年 月 日 (曜日)

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