相談票（訪問支援用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 | ※１ | コーディネーター | 氏名　　　　　　　　　　　 |
| 児童生徒名 | （イニシャルで記入） | 学　年 | 　　　　　　　　　年　　※１ |
| 学　級担　任 | □通常　□知　□情緒　□その他氏名　　　　　　　　　　　 |
| 相　談したいこと |  |
| 対象児童生徒について | 診断名・障害名 |
| 服薬　　あり　・　なし　　薬の名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 療育（リハビリ）、福祉（相談支援・福祉サービス）等関係機関 |
| 発達検査等の結果（検査機関名） |
| 療育手帳　　あり　・　なし　　　判定（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 児童生徒の様子（相談したいことに関係する様子等） |
| 現在の支援について※体制・方法等話し合いの内容を具体的に | 校内委員会等の開催　　あり　・　なし |
| 今回の訪問支援について保護者の承諾　　　あり　・　なし |

※１　枠内をご記入いただき（学校名・学年は記入しないでください）、派遣依頼書（様式１・公印あり）

と一緒に送付してください。

※２　送付していただく際には個人情報保護のため、「地域支援担当宛」「親展」と表記をお願いします。