# 相談票（訪問支援用）

<table>
<tr><td>学　校　名</td><td>※１</td><td>コーディネーター</td><td>氏名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">児童生徒名</td><td rowspan="2">（イニシャルで記入）</td><td>学　年</td><td>年　※１</td></tr>
<tr><td>学　級<br>担　任</td><td>□通常　□知　□情緒　□その他<br>氏名</td></tr>
<tr><td>相　談<br>したいこと</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">対象児童生徒<br>について</td><td colspan="3">診断名・障害名</td></tr>
<tr><td colspan="3">服薬　　あり　・　なし　　薬の名称（　　）<br>医療機関名（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">療育（リハビリ）、福祉（相談支援・福祉サービス）等関係機関</td></tr>
<tr><td colspan="3">発達検査等の結果（検査機関名）</td></tr>
<tr><td colspan="3">療育手帳　　あり　・　なし　　判定（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">児童生徒の様子（相談したいことに関係する様子等）</td></tr>
<tr><td>現在の支援<br>について<br>※体制・方法等話し合いの内容を具体的に</td><td colspan="3">校内委員会等の開催　　あり　・　なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">今回の訪問支援について保護者の承諾　　あり　・　なし</td></tr>
</table>

※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。