**相談票**

記入日（　日付を選択。　）　　記入者（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 巡回日 | 日付を選択 | CO |  | 担任 |  |
| ふりがな  氏名 | を　（ 選択　） | | | 日付を選択　生まれ | |
| 所属 | 選択　立　　　　　　　　　　　　　　学校・園  年　　　 　組　　　：　在籍 （ 選択 ） | | | 電話 |  |
| メール |  |
| 相談内容  経過 | 相談・検討したいこと、目指していきたい姿 | | | | |
| 学校での様子、今まで学校で取り組んだこと | | | | |
| 本人に  ついて | 健康、運動、行動、コミュニケーション、感覚、認知　等 | | | | |
| 家庭に  ついて | 家族構成、家庭内での様子、成育歴　等 | | | | |
| 診断名 | 診断（　選択　）　　　脳性まひ　　　知的障害　　　自閉スペクトラム症  　ADHD　　　　LD　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 手帳 | 【療育手帳】　　（　選択　） | | 【身体障害者手帳】　（ 選択　）  （　選択　：　選択　種　選択　級　） | | |
| 連携 | 医療・療育機関等にかかっている　（連携先：　　　　　　　　　　　　　　　）  　スクールカウンセラーと関わっている  　支援シートを作成している  　個別の指導計画を作成している | | | | |

※特定記録郵便やレターパックなど、追跡できるものでお送りください。　　　　　　　　　　神奈川県立鎌倉支援学校