**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