

相談票

記入日 (月 日) 記入者 ()

巡回日	令和 年 月 日	CO	担任
ふりがな 氏名	男・女		年 月 日生
所属	市立 学校		電話 ()
	年 組 (通常級/支援級)		メール @
相談内容	相談・検討したいこと、目指していきたい姿		
	経過 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 (有・無・障害の可能性あり) <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> その他 ()		
手帳	【療育手帳】 A 1・A 2・B 1・B 2・無し 取得予定 (有・無)	【身体障害者手帳】 (有・無) (: 種 級)	
連携	<input type="checkbox"/> 医療・療育機関等にかかっている (連携先 :) <input type="checkbox"/> スクールカウンセラーと関わっている <input type="checkbox"/> 支援シートを作成している <input type="checkbox"/> 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