巡回相談 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 年　　組　（ 通常級 ／ 支援級 ）			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	診断（ 有・無・障害の可能性あり ） □ 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＞ A１・A２・B１・B２ なし（ 取得予定 有・無 ）		＜身体障害者手帳＞ 有・無 （　　：　　種　　級）		
連携	□ 医療・療育機関にかかっている （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