

巡回相談 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	しめい きにゅう 氏名を記入（ 選択 ）			日付を選択 生まれ	
所属	選択 立		学校・園	電話	
	年	組	: 在籍（ 選択 ）	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（ 選択 ） <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】（ 選択 ）		【身体障害者手帳】（ 選択 ） （ 選択 : 選択 種 選択 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