**巡回相談申し込み**

　巡回相談履歴：　初回　・　　　回目　　　　　　　　　　　　　　記入者（　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| **１　基礎情報** | |
| 学校名 |  |
| 学年・組  児童生徒氏名 | 年　　組　（通常学級・特別支援学級・通級・特別支援教室）  ふりがな  氏名 |
| 学校の連絡先 | 電話：  FAX：  担当者：  　　　　　　　　　担任・児童生徒専任・その他（　　　　　　　　　） |
| 診断名 |  |
| 手帳の有無 | 無　・　有　（　　　　　　　　　手帳　 　種類・等級等　　　　） |
| 他機関との連携 | 療育　（　　　　　　　　　　　　　　　）  医療　（　　　　　　　　　　　　　　　）  児相　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **２　巡回相談** | |
| 主訴・相談内容 |  |
| **３**　**本人の様子及びこれまで学校で行った取組** | |
| 学校での様子 |  |
| 家庭での様子 |  |
| 学校の取組・成果 |  |

送付先：　〒236-0051　横浜市金沢区富岡東2-6-1

　　　　　　　　　神奈川県立金沢支援学校　教育相談コーディネーター　宛