

(様式2)

相談票 (訪問支援)

学校名		コーディネーター	
児童・生徒氏名	(ふりがな) <small>氏名は記入しない</small> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	学年・学級担任	<small>学年は記入しない</small> 年 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 自情 <input type="checkbox"/> その他 (担任:)
相談したいこと			
児童・生徒について	【診断名・医療機関名】		
	【服薬の有無・医療機関名】		
	【知能検査等結果・診断機関名】		
	【療育手帳の有無・判定】		
	【児童の気になる様子】		
今の支援方法	校内委員会の開催 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
引き継ぎ内容 (保健師・園・学校・前年度からの情報や過去の相談歴)			
家庭状況 (家族構成や家での様子、保護者の考え等)			
連携機関 (リハ、福祉等)			
相談内容	【参加者】 校長、教頭、担任、特別支援コーディネーター、支援員、その他()、本校()		
所見	(記載者:)		

* 在籍校は赤い太枠のみを記入してください。