　　　　相談票（訪問支援）

（様式２）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 氏名は記入しない | | コーディネーター  学年は記入しない |  |
| 児童・生徒  氏　名 | （ふりがな） | □男□ 女 | 学年・学級  担任 | 年　□通常 □知 □自情 □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　　　□あり　　　　□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。