相談表　　　※担任の先生は、①②④⑥⑦⑧　をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 対象児生名・園校名

学年・学級 | 氏名　　＊イニシャル表記　　　　　　　　　　 | 男女 | 園・学校名　K学校　T園　＊頭文字表記　　　　　　　　　　年　　　　組 |
| 1. 相談日時
 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　　　） |
| 1. 相談日詳細
 | (観察) | 月　　日（　　）　　：　　～　　：　　場所（　　　　　　　　　） |
| (相談) | 　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　場所（　　　　　　　　） |
| 1. 記入者・相談者
 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児生との関係（　　　　　） |
| 1. 担当特別支援コーディネーター
 | 氏名 |
| 対象児童生徒の様子 | ◎他機関での療育歴　　無／有　→療育機関名（　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳 ～　　　歳◎診断名・障害名　　　　　　　　　　　　　診断機関（　　　　　　　　　　　　　）◎発達検査のデータ　　無／有　年齢（　　　　　）検査機関（　　　　　　　　　　　　　）　　　検査名　　　　　　　　　　数値　　　　　　　　◎服薬の状況　　服薬　あり・なし　　　薬の名称（　　　　　　　　　　　　　）**◎相談したいことに関わる様子** |
| 学校での取り組みの経過 |  |
| 指導助言を受けたい内容 |  |