相談表

※学校名と所属学級をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 対象児生名・学年
 | 氏名　　　　　　　　　　 | 男女 | 年　　　　組 |
| 1. 相談日時
 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　　　） |
| 1. 相談日詳細
 | (観察) | 月　　日（　　）　　：　　～　　：　 　場所・内容（　　　　　　　　） |
| (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　　　　　　　　◎相談したいことに関わる様子※指導助言を受けたい内容に関わる様子を具体的に記入してください。 |
| 学校での取り組みの経過 | ※実施している指導・支援について記載してください。 |
| 指導助言を受けたい内容 |  |