

## お子さんの気になること お気軽に相談してみませんか？

- ・ **5歳児(年長) から18歳(高3)** までの相談に専門の先生が応じます。
- ・ 相談時間は **約1時間** です。
- ・ 相談内容の **秘密は厳守** します。
- ・ 相談料は **無料** です。

- 読み書きが苦手
- すぐにカッとなる
- 友達とうまくかかわれない
- 落ち着きがない
- 集団行動が苦手
- 手先や体の使い方が不器用
- 就学や進路が心配 など
- 発音が気になる
- 吃音がある
- ことばが上手く話せない



| 期日                         | 相 談 担 当 の 先 生 (予定)           |                   |                   |                      |
|----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
|                            | ※ 相談担当者は変更になる場合があります。ご了承ください |                   |                   |                      |
| 5/27<br>(土)                | 小淵 信子 先生 (斎藤病院)              | 水田 敏郎 先生 (仁愛大学)   | 乙部 貴幸 先生 (仁愛大学)   | 中尾 繁史 先生 (仁愛女子短大)    |
|                            | 安岡 恵子 先生 (福井大学)              | 早川 恵 先生 (スクラム福井)  | 柴田 貴美代 先生 (公認心理師) |                      |
| 8/5<br>(土)                 | 渡邊 康宏 先生 (福井赤十字病院)           | 小淵 信子 先生 (斎藤病院)   | 清水 聡 先生 (県立大学)    | 齊藤 荘二 先生 (福井心のクリニック) |
|                            | 野村 昌宏 先生 (スクラム福井)            | 梅澤 邦江 先生 (言語聴覚士)  | 酒井 直子 先生 (言語聴覚士)  |                      |
| 9/30<br>(土)                | 渡邊 康宏 先生 (福井赤十字病院)           | 小俣 合歓子 先生 (小児科医)  | 清水 聡 先生 (県立大学)    | 黒田 祐二 先生 (県立大学)      |
|                            | 森 俊之 先生 (仁愛大学)               | 早川 恵 先生 (スクラム福井)  | 吉田 慶 先生 (織田病院)    |                      |
| 12/2<br>(土)                | 竹内 恵子 先生 (小児科医)              | 廣澤 愛子 先生 (福井大学)   | 黒田 祐二 先生 (県立大学)   | 森 俊之 先生 (仁愛大学)       |
|                            | 齊藤 荘二 先生 (福井心のクリニック)         | 野村 昌宏 先生 (スクラム福井) | 川田 麻悠子 先生 (言語聴覚士) |                      |
| 会場：福井県特別支援教育センター (県立病院の西隣) |                              |                   |                   |                      |

### 【相談の基本的な流れについて】

- お子さんと保護者の方は一緒にお越しください。(保護者の方のみの相談可)
- 相談場所は分散しますが、同じ時間帯に最大5〜7組の相談の方が来られています。
- ※ 相談のスタイルは、お子さんと保護者の方が一緒に、または各々で、保護者のみなど様々です。
- ご心配なことがありましたら、申し込みの際にお申し出ください。

### 【申込み・お問い合わせ】

福井県特別支援教育センター  
〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1  
TEL:0776-53-6574

- ・ 電話にてお申込みください。担当者不在の場合には、改めて当センターよりお電話いたします。または次項の申込書に必要事項を記入の上、当センターまでお送りください。申込書は当センターwebサイトにも掲載しています。
- ・ 改めて当センターより電話にて内容等の確認をいたします。
- ・ 締切は各実施日の **2週間前** です。
- 締切日前であっても定員になり次第締め切ります。



保・幼

小・中

## 5年度子どもとそだちの相談会 申込書

|                                                              |                                 |                  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| ふりがな                                                         | 性別                              | 生年月日             |
| 本人氏名                                                         | 男・女                             | 平成 年 月 日<br>( 歳) |
| 保護者氏名                                                        | 住所 〒□□□-□□□□ (必ず御記入ください)        |                  |
| 連絡のとりやすい電話番号をお書きください<br>自宅 ( ) -<br>携帯 ( ) -                 |                                 |                  |
| 本人の所属 ( 歳児) ( 年生) 担任名 ( )<br>保育所・保育園・幼稚園・学校・その他              |                                 |                  |
| 相談したいこと ( A～Hに○をつけてください。複数でも結構です。)                           |                                 |                  |
| A ことば ことばが遅れている。発音が気になる。吃音。会話がうまくできないなど                      |                                 |                  |
| B 性格や行動 すぐカッとなる。落ち着きがない。集団行動が苦手。友達とうまくかかわれないなど               |                                 |                  |
| C 生活習慣 身のまわりのことができない。排泄が自立しない。気になるくせがあるなど                    |                                 |                  |
| D 養育 しつけの仕方がわからない。家庭でのかわり方がわからないなど                           |                                 |                  |
| E 就学や進学 どのような教育内容や学校があるか。本人(自分)に合った就学先や進路を相談したいなど            |                                 |                  |
| F 学習 学習に遅れがある。絵が描けない。読み書きが苦手など                               |                                 |                  |
| G 身体や病気 発作がある。聞こえ方や見え方に問題がないか。手足が不自由であるなど                    |                                 |                  |
| H その他 不登校。登校渋り。福祉制度が知りたいなど                                   |                                 |                  |
| ● 相談したいことを具体的にお書きください。                                       |                                 |                  |
| * 「相談したいこと」に関連して受診されている場合は、御記入ください。<br>医療機関名 ( ) 主治医 ( Dr. ) |                                 |                  |
| 希望日時                                                         | 第1希望 月 日(土) ①9:00 ②10:40 ③13:30 |                  |
|                                                              | 第2希望 月 日(土) ①9:00 ②10:40 ③13:30 |                  |
| 電話連絡をする場合、何時頃がよろしいですか。 ( 時頃)                                 |                                 |                  |
| 文書の郵送は当センターの封筒を使ってもよろしいですか。 (は い ・ いいえ)                      |                                 |                  |
| 園や学校に子ども(ご本人)の様子をお尋ねしてもよろしいですか。 (は い ・ いいえ)                  |                                 |                  |

※ 受付後、当センターより電話で詳細を御連絡します。

※ 申込締切は各実施日の2週間前です。

締切日前であっても定員になり次第締め切りますのでご了解ください。

【申込書の送付先】 福井県特別支援教育センター

〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1 TEL 0776-53-6574

# こどもとそだちの相談会

主催：福井県教育委員会

主管：福井県特別支援教育センター

## お子さんの気になること お気軽に相談してみませんか？

- ・ **5歳児(年長) から18歳(高3)** までの相談に専門の先生が応じます。
- ・ 相談時間は **約1時間** です。
- ・ 相談内容の **秘密は厳守** します。
- ・ 相談料は **無料** です。

- 周りの人とうまくコミュニケーションがとれない
- 集団生活が苦手
- 生活リズムが乱れがち
- 整理整頓が苦手
- 段取りが苦手
- 優先順位がつけられない
- 進路や就職が心配 など



| 期日                         | 相 談 担 当 の 先 生 (予定)           |                   |                   |                      |
|----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
|                            | ※ 相談担当者は変更になる場合があります。ご了承ください |                   |                   |                      |
| 5/27<br>(土)                | 小淵 信子 先生 (斎藤病院)              | 水田 敏郎 先生 (仁愛大学)   | 乙部 貴幸 先生 (仁愛大学)   | 中尾 繁史 先生 (仁愛女子短大)    |
|                            | 安岡 恵子 先生 (福井大学)              | 早川 恵 先生 (スクラム福井)  | 柴田 貴美代 先生 (公認心理師) |                      |
| 8/5<br>(土)                 | 渡邊 康宏 先生 (福井赤十字病院)           | 小淵 信子 先生 (斎藤病院)   | 清水 聡 先生 (県立大学)    | 齊藤 莊二 先生 (福井心のクリニック) |
|                            | 野村 昌宏 先生 (スクラム福井)            | 梅澤 邦江 先生 (言語聴覚士)  | 酒井 直子 先生 (言語聴覚士)  |                      |
| 9/30<br>(土)                | 渡邊 康宏 先生 (福井赤十字病院)           | 小俣 合歓子 先生 (小児科医)  | 清水 聡 先生 (県立大学)    | 黒田 祐二 先生 (県立大学)      |
|                            | 森 俊之 先生 (仁愛大学)               | 早川 恵 先生 (スクラム福井)  | 吉田 慶 先生 (織田病院)    |                      |
| 12/2<br>(土)                | 竹内 恵子 先生 (小児科医)              | 廣澤 愛子 先生 (福井大学)   | 黒田 祐二 先生 (県立大学)   | 森 俊之 先生 (仁愛大学)       |
|                            | 齊藤 莊二 先生 (福井心のクリニック)         | 野村 昌宏 先生 (スクラム福井) | 川田 麻悠子 先生 (言語聴覚士) |                      |
| 会場：福井県特別支援教育センター (県立病院の西隣) |                              |                   |                   |                      |

### 【相談の基本的な流れについて】

- お子さんと保護者の方は一緒にお越しください。(保護者の方のみの相談可)
- 相談場所は分散しますが、同じ時間帯に最大5～7組の相談の方が来られています。
- ※ 相談のスタイルは、お子さんと保護者の方が一緒に、または各々で、保護者のみなど様々です。
- ご心配なことがありましたら、申し込みの際にお申し出ください。

### 【申込み・お問い合わせ】

福井県特別支援教育センター  
〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1  
TEL:0776-53-6574

- ・ 電話にてお申込みください。担当者不在の場合には、改めて当センターよりお電話いたします。または次項の申込書に必要事項を記入の上、当センターまでお送りください。申込書は当センターwebサイトにも掲載しています。
- ・ 改めて当センターよりお電話にて内容等の確認をいたします。
- ・ 締切は各実施日の **2週間前** です。
- 締切日前であっても定員になり次第締め切ります。



高校用

# 令和5年度子どもとそだちの相談会 申込書

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |      |       |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-------|------------------------|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                          | 性別                       | 生年月日 |       |                        |
| 本人氏名                                                                                                                                                                                                                                                          | 男<br>・<br>女              | 平成   | 年     | 月 日                    |
| 保護者氏名                                                                                                                                                                                                                                                         | 住所 〒□□□-□□□□ (必ず御記入ください) |      |       |                        |
| 連絡のとりやすい電話番号をお書きください                                                                                                                                                                                                                                          |                          |      |       |                        |
| 自宅 ( ) -                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |      |       |                        |
| 携帯 ( ) -                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |      |       |                        |
| 本人の所属 ( 年生) 担任名 ( )                                                                                                                                                                                                                                           |                          |      |       |                        |
| 相談したいこと ( A～Fに○をつけてください。複数でも結構です。)                                                                                                                                                                                                                            |                          |      |       |                        |
| <p>A 性格や行動 集団生活が苦手。周囲の人とうまくコミュニケーションがとれないなど。</p> <p>B 生活習慣 生活リズムが乱れがち。整理整頓ができないなど。</p> <p>C 進学や就職 どのような教育内容や学校があるか。自分に合った進路や就職先を相談したいなど。</p> <p>D 学習 読み書きが苦手。学業不振など。</p> <p>E 身体や病気 発作がある。聞こえ方や見え方に問題がないか。手足が不自由であるなど。</p> <p>F その他 不登校。登校渋り。福祉制度が知りたいなど。</p> |                          |      |       |                        |
| ● 相談したいことを具体的にお書きください。                                                                                                                                                                                                                                        |                          |      |       |                        |
| * 「相談したいこと」に関連して受診されている場合は、御記入ください。                                                                                                                                                                                                                           |                          |      |       |                        |
| 医療機関名 ( ) 主治医 ( Dr. )                                                                                                                                                                                                                                         |                          |      |       |                        |
| 希望日時                                                                                                                                                                                                                                                          | 第1希望                     | 月    | 日 (土) | ① 9:00 ② 10:40 ③ 13:30 |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 第2希望                     | 月    | 日 (土) | ① 9:00 ② 10:40 ③ 13:30 |
| 電話連絡をする場合、何時頃がよろしいですか。 ( 時頃)                                                                                                                                                                                                                                  |                          |      |       |                        |
| 文書の郵送は当センターの封筒を使ってもよろしいですか。 (は い ・ いいえ)                                                                                                                                                                                                                       |                          |      |       |                        |
| 学校にご本人の様子をお尋ねしてもよろしいですか。 (は い ・ いいえ)                                                                                                                                                                                                                          |                          |      |       |                        |

※ 受付後、当センターより電話で詳細を御連絡します。

※ 申込メ切は各実施日の2週間前です。

締切日前であっても定員になり次第締め切りますのでご了解ください。

【申込書の送付先】 福井県特別支援教育センター

〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1 TEL 0776-53-6574