|  |
| --- |
| この資料は、教育相談を申請することを目的としています。他の目的の利用や転写はお断りします。プライバシーに十分ご留意くださるとともに、必ず部外秘扱いされるようお願いします。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和7年度　特支セ用  **教 育 相 談 申 請 書（幼児用）**  　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　福井県特別支援教育センター所長　様  　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 申請者 所 属 名  　所属長名 　　　 　　　　印  電話番号（　　　）　　－  下記のとおり教育相談を申請します。 | | | | |
| ふりがな  子どもの氏名 | （ 男・女 ） | 生年月日 | | 平成・令和　　　年　 月 日 |
| 幼児の氏名 | （男・女）  （男・女） |
| 歳児 | | |
| 保護者氏名 | （続柄　　 ） | 職　　業 | |  |
| 現住所 | 〒　　　― | 電　　話 | | 携帯の場合は  【例：090―▲▲▲▲―〇〇〇〇（父携帯）】 |
| 相談したいこと  （該当するものに〇） | **１ 学習（LD・LD以外） ２ 対人・行動 ３ 言語 ４ 運動（粗大・微細）**  **５ 就学・進路　 ６ 養育・家庭生活　　７ 生活習慣　　８ 登園渋り** | | | |
| 主訴にかかわる  様子を具体的に  お書きください | 学級担任氏名 | | | |
| 園所見  ①現在の具体的な対応方法  ②園内委員会の経過と検討してきた内容  ③センター所員に依頼したい役割  全てについてお書きください | ①  ②  ③  　 　　　 　職名（　　　　　）　氏名 | | | |
| 保護者の思い |  | | | |
| 診断の有無 | 診断名：無・有（　　　　　　　　　　） 　医療機関名：  服薬等： | | | |
| これまでの経緯  （該当する番号に○） | 特支セの教育相談について  １　初めて相談する  ２　以前相談したことがある | | 確認欄に☑を入れてください | |
| □保護者の同意（特別支援教育センターへの相談）  □当センターへの事前連絡済 | |

※「子育てファイルふくいっ子」の「基礎調査票」を添えてご提出ください。

※所員が訪問した際に、個別の指導計画（作成途中でも可）をご用意ください。