|  |
| --- |
| 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（高等学校用）** | | | | |
| 福井県特別支援教育センター所長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　年 　月　 日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　 学 校 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校長名　 印  下記のとおり教育相談を申請します。 　 学校電話（　　　）　　－ | | | | |
| ふりがな  生徒氏名 | （ 男・女 ）  出身中学校： | | 生年月日 | 平成　年　月　日 |
| 学年等 | （　　　 　　　　）科  年 　　組 |
| 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○） | **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 不登校・いじめ** | | | |
| 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 | | | |
| 学校所見  ①現在の具体的な対応  方法  ②校内委員会の経過と  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  特別支援教育コーディネーター氏名 | | | |
| 本人・保護者の  願　い |  | | | |
| 診断の有無 | 診断名：無・有（　　　　　　　　　　） 　医療機関名：  服薬等： | | | |
| ・特支セの教育相談について  １　初めて相談する　　　　　２ 相談歴あり（　　年生時）  ・個別の教育支援計画（指導計画）作成の保護者同意について  　１　同意あり　　　　　２　同意なし  ・個別の教育支援計画（指導計画）作成について  　１　作成済み　　　２　作成中　　　３　未作成  ・出身中学校との移行支援について  １　移行支援あり　２　移行支援なし  ・高校通級について  １　実施中（　　　年　　月～）　２　実施予定（　　年　　月～）  ３　実施予定なし | | 確認欄に☑を入れてください | | |
| □校内委員会(管理職含む）検討済  □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。