

教育相談受付票

(西濃高等特別支援学校)

記入日	年	月	日	記入者
学校名および学年				
◆相談したいこと				
◆生徒の気になる状態像 (あてはまるものに○をつけてください)				
<ul style="list-style-type: none"> ・学習理解が困難 ・注意が持続できない ・仲間と一緒に課題ができない ・孤立している ・コミュニケーションがとれない ・友だちとトラブルをしばしば起こす ・その他 () 				
◆支援の要請内容 (あてはまるものに○をつけてください)				
<ul style="list-style-type: none"> ・担任教師への助言や相談 ・特別支援教育コーディネーターへの助言や相談 ・ケース会議への出席 ・生徒への個別支援 ・その他 () 				
◆過去・現在の支援状況				
※話し合いの場 (あてはまるものに○をつけてください)				
<ul style="list-style-type: none"> ・学年会 ・ケース会議 ・教科担当者会 ・その他 () 				
※主な支援者 (あてはまるものに○をつけてください)				
<ul style="list-style-type: none"> ・学級担任 ・学年主任 ・教育相談担当者 ・特別支援教育コーディネーター ・その他 () 				
※支援内容 (あてはまるものに○をつけてください)				
<ul style="list-style-type: none"> ・教育相談 ・スクールカウンセラー等専門職員との連携 ・障がい理解を深める研修 ・保健室や教育相談室の柔軟な利用 ・その他 () 				
※連携している関係諸機関先				
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関 () ・子ども相談センター ・発達障がい者支援センター ・ハローワーク ・教育委員会 (教育センター) ・小学校・中学校 ・特別支援学校 ・その他 () 				
◆その他特記事項、生徒の特性等				