

# 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"> <li>・学習理解が困難</li> <li>・注意が持続できない</li> <li>・仲間と一緒に課題ができない</li> <li>・孤立している</li> <li>・コミュニケーションがとれない</li> <li>・友だちとトラブルをしばしば起こす</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
◆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"> <li>・担任教師への助言や相談</li> <li>・特別支援教育コーディネーターへの助言や相談</li> <li>・ケース会議への出席</li> <li>・生徒への個別支援</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
◆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"> <li>・学年会</li> <li>・ケース会議</li> <li>・教科担当者会</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
※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"> <li>・学級担任</li> <li>・学年主任</li> <li>・教育相談担当者</li> <li>・特別支援教育コーディネーター</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
※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"> <li>・教育相談</li> <li>・スクールカウンセラー等専門職員との連携</li> <li>・障がい理解を深める研修</li> <li>・保健室や教育相談室の柔軟な利用</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
※連携している関係諸機関先				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関 ( )</li> <li>・子ども相談センター</li> <li>・発達障がい者支援センター</li> <li>・ハローワーク</li> <li>・教育委員会 (教育センター)</li> <li>・小学校・中学校</li> <li>・特別支援学校</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
◆その他特記事項、生徒の特性等				