

小諸支援学校長 様

在籍校  
校長

### 教育相談について（依頼）

このことについて、下記のとおり申し込みます。

【特別支援教育コーディネーター氏名 **東郷 みのり**】

対 象 者	ふりがな 名 前 <b>上田 ひまり</b> 男・女	生年 月日	西暦 20 年 月 日 ( ) 歳
	学校連絡先 TEL		
	1 通常の学級 ( ) 年 2 特別支援学級( ) 年 学級種別 ( ) 学級		
相談内容	(相談したいこと及び依頼する事由を <b>具体的かつ簡潔に</b> 記入してください) [学校] <b>不安感が強く、登校できない日がある。登校しても自情障学級にも入れない日もある。本人が「保健室ならいられる」という日は保健室で、保健室が使えない日は「誰もいない教室なら大丈夫」と、空き教室に いることが多い。その際は支援員と一緒に過ごしている。登校を促しつつ、本人の思いとどう折り合い をつけていったらよいか相談したい。</b>		
※相談内容を 明確にして ください。	[保護者] <b>行き渋りがあり、毎日学校へ送り出すことが大変。</b>  <b>※保護者との相談を大切にいただき、可能な限り学校と保護者とで相談内容を 共有できるようお願いします。</b>		
個別の指導計 画の作成状況	<input type="checkbox"/> 作成して指導している <input type="checkbox"/> 現在作成中 <input type="checkbox"/> 作成していない  いずれかの□にチェックをしてください		

- ① 電話依頼後、「教育相談カード」とともに郵送をお願いします。【Tel 0267-22-6300】  
電話依頼は本校教頭へ。様式は本校ホームページからダウンロードしてください。
- ② 他に、指導や支援の経過が分かる資料(「個別の指導計画」「個別の教育支援計画」など)も、あれば  
添付してください。
- ③ 送付先 小諸支援学校長宛 〒384-0083 小諸市大字市字中原 824-3  
**親展扱い 「教育相談依頼状在中」と朱書きしてください。**
- ④ 日時の決定については、本校担当者から特別支援教育コーディネーターの先生へ、連絡をとらせて  
いただきます。

学校名: ☆市町村立○小中 学校 記入者氏名: 佐久間 桃子 (特コ・担任・他 )

※□欄にチェックしながら分かる範囲でご記入ください。個別の指導計画がある場合も、☆欄の内容は必ずご記入ください。

☆ (ふりがな) 児童生徒氏名	うえだ ひまり 上田 ひまり	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□を再変換で黒く■にする、手書きの場合は ✓など、分かりやすく印をしていただければ OKです。
☆所属・担任	4年 ○組 担任氏名:佐久間 桃子 特別支援担任担当者氏名: 小諸 健太 学級種: <input type="checkbox"/> 知障 <input checked="" type="checkbox"/> 自情障 <input type="checkbox"/> LD等 <input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> 聞こえ その他の支援者( <input type="checkbox"/> 中間教室 <input checked="" type="checkbox"/> 保健室 <input checked="" type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 他: )			
☆相談したい 内容	■支援に困っていること <input type="checkbox"/> 気になっていること 不安感が強く、登校できない日がある。登校しても自情障学級にも入れない日もある。本人が 「保健室ならいられる」という日は保健室で、保健室が使えない日は「誰もいない教室なら大丈夫」と、 空き教室にいることが多い。その際は支援員と一緒に過ごしている。登校を促しつつ、本人の思いと どう折り合いをつけていいたらよいか相談したい。			
☆診断名・ 受診医療機関 服薬	診断名: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> ADHD <input checked="" type="checkbox"/> ASD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> その他: 診断された年: 年) 医療機関: ( 佐久総合病院 ) 主治医: 大谷 Dr. 服薬: ( なし )			
☆諸検査 (WISC、S-Mなど)	検査名	実施年月日	結果	検査機関・検査者
	WISC-IV	2022.2.2	全○、言語○、知覚○、WMO、処理○	佐久総合病院・ ○○
☆学力の定着 度について	教研式、学力診断テストの結果、定期テストの結果など CRT 国語○点 算数○点 理科○点 単元テスト(到達率) 国語 言葉○% 漢字○%、 算数 知技○%、 思判表○%			利き手 右■ 左□
手帳の所持	身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 等級 ( 種 級)	療育手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 等級 <input type="checkbox"/> A ( <input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2)、 <input type="checkbox"/> B ( <input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2)	精神障害者保健福祉手帳 ■有 <input type="checkbox"/> 無	
☆家庭環境	家族構成: ■父 ■母 ■兄弟姉妹 ( 小6年・歳 男・女 ) ( 年・歳 男・女 ) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他( ) ※兄弟姉妹が 更にいる場合は 他欄へ追加 家族歴: <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 離婚 ■死別 ■再婚 ■単身赴任等別居( 別居者: 父 ) 保護者の教育への姿勢: <input type="checkbox"/> 熱心 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 養育能力に疑問あり <input type="checkbox"/> 要対協 特記事項: 父親は、今年の一月から大阪へ単身赴任している。月に1~2回帰ってくるようだ。			
生育歴 ■プレ支援シート有 ■保育園から <input type="checkbox"/> 小学校から <input type="checkbox"/> 中学校から	出生時: 出生体重( 2888 )グラム 分娩の状況: ■普通分娩 <input type="checkbox"/> 異常分娩 病歴: <input type="checkbox"/> 入院歴有 <input type="checkbox"/> 手術歴有 ■疾患(■アレルギー、 <input type="checkbox"/> 他: ) 療育機関: ( 佐久市療育支援センター ) 相談歴: ■市町村健診 ■療育コーディネーター <input type="checkbox"/> その他( ) 特記事項:			
運動・ 感覚	粗大運動	■姿勢が崩れる( <input type="checkbox"/> 床に座る時 <input checked="" type="checkbox"/> 椅子に座る時 <input type="checkbox"/> 立っている時 <input type="checkbox"/> その他: ) ■不器用さがある( <input type="checkbox"/> 片足立ち <input type="checkbox"/> 両足ジャンプ ■走り方 <input type="checkbox"/> スキップ <input type="checkbox"/> 体操 ■縄跳び ■鉄棒 ■跳び箱 <input type="checkbox"/> その他: )		
	微細運動	■不器用さがある( <input type="checkbox"/> 眼球運動 ■鉛筆 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> はさみ <input type="checkbox"/> 定規 <input type="checkbox"/> コンパス <input type="checkbox"/> 制作活動 ) <input type="checkbox"/> その他:		
感覚	■食べ物に好き嫌いがある ■人の好き嫌いがある ■苦手な感覚がある( ■音 <input type="checkbox"/> 手触り ■衣服 <input type="checkbox"/> 匂い <input type="checkbox"/> 他: ) □見えにくい □眼鏡使用 □眼科疾患 □聞こえにくい □補聴器使用 □中耳炎等 □ひどく痛がったり、痛みを感じないように見える			
学 習	学習態度	□意欲的である ■やる気を感じない ■一人では学習活動が進まない □別の活動をしている □席に座っていることが難しい □教室内を歩き回る □教室を出ていく □失敗やミスが多い ■ぼ~っとしている □授業で使うものが揃わない。 □他の子に頻繁に話し 机間巡視をして、やることを具体的に伝えると、ようやく動き出せる。		
	聞く	■口頭での指示がわからない ■話し合いや会話に参加しにくい □ □単語の中の音をまちがって覚えている □雑音があると聞き取りにくい □聞きとる □新しい言葉がなかなか覚えられない □相手の話を聞いていないと感じられることがある		
				特記事項があれば空欄 にご記入ください

