

<記入要項>

※第 号
年 月 日

小諸養護学校長 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】

対 象 者	ふりがな 名 前	男・女	生年 月日	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 <u>具体的かつ簡潔</u> に記入してください) [学校]			
※相談内容を 明確にして ください。	[保護者]			
	※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。			
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 checked="" 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を。
- 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 小諸養護学校長宛 〒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	<input type="checkbox"/> 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。登校しても事情障教室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、空き教室にすることが多い。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。			
☆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○%			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
☆家庭環境 ※兄弟姉妹が 更にいる場合は 他欄へ追加	家族構成: <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 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() 家族歴: <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input checked="" type="checkbox"/> 再婚 <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任等別居(別居者: 父) 保護者の教育への姿勢: <input checked="" 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 ■プレサポート有 ■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: <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> 市町村健診 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 走り方 <input type="checkbox"/> スキップ <input type="checkbox"/> 体操 <input checked="" type="checkbox"/> 縄跳び ■鉄棒 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 人の好き嫌いがある ■苦手な感覚がある(<input checked="" type="checkbox"/> 音 <input type="checkbox"/> 手触り <input checked="" type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> 匂い <input type="checkbox"/> 他:) <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 眼科疾患 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 中耳炎等 <input type="checkbox"/> ひどく痛がったり、痛みを感じていないように見える		
学 習	学習態度	<input type="checkbox"/> 意欲的である <input checked="" type="checkbox"/> やる気を感じない <input checked="" type="checkbox"/> 一人では学習活動が進まない <input type="checkbox"/> 別の活動をしている <input type="checkbox"/> 席に座っていることが難しい <input type="checkbox"/> 教室を歩き回る <input type="checkbox"/> 教室を出ていく <input type="checkbox"/> 失敗やミスが多い ■ぼ~っとしている <input type="checkbox"/> 授業で使うものが揃わない。 <input type="checkbox"/> 他の子に頻繁に話しかけられる 机間巡視をして、やることを具体的に伝え、ようやく動き出せる。		
	聞く	■口頭での指示がわからない <input checked="" type="checkbox"/> 話し合いや会話に参加しにくい <input type="checkbox"/> ■単語の中の音をまちがって覚えている <input type="checkbox"/> 雑音があると聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取ることができない <input type="checkbox"/> 新しい言葉がなかなか覚えられない <input type="checkbox"/> 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

