

FAX送信票 このまま、FAXでお送りください

送信 園・学校名	
氏名(役職)	
連絡先	TEL ()-()-() FAX ()-()-()
通信欄 (希望する相談内容概要)	

*下記、必要事項をご記入いただき、送信ください。

送信先 FAX 0263-86-9276 長野県寿台養護学校 教育相談専任 宛

希望日による訪問相談実施	希望する月日を記入ください。
FAX 受診後、教育相専任よりご連絡させていただきます。期日が決まりましたら、派遣申請を送付ください。	
第一回の訪問希望日記入 第一希望 月 日 () 訪問時刻 : ~ : 第二希望 月 日 () 訪問時刻 : ~ : 第三希望 月 日 () 訪問時刻 : ~ :	
巡回相談実施内容	希望○
ア 小中学校・高等学校対象：地域の「学校力」向上のニーズに応じた定期巡回相談。 ・特別な指導が必要な対象の、集団への適応に関わる通常学級の学級アセスメント、担任等とのコンサルテーション実施。読み書き困難、認知の特徴に応じた支援。 ・特別支援教育の視点から学級、学年、学校運営に関わるコンサルテーション実施。 ・支援会議、保護者相談、関係者会議への参加。 ・特別支援教育に関わる研修実施。	
イ 幼保、小中学校対象：知的障害教育部門への就学に関わる教育相談。 ・年中児、小学5年、中学2年等を対象とした学びの場の検討に関わる巡回相談。 ・適正な学びの場の検討に関わるアセスメント、会議参加。	
ウ 小中学校・高等学校対象：地域の学校に在籍している病弱虚弱児童、生徒の実態把握のための教育相談。 ・中信教育事務所担当者と連携した訪問実施、実態把握。 ・病弱・虚弱支援に関わる学び、自立活動等の相談	
エ 幼保・小中学校・高等学校対象：発達障害、二次障害等が原因で生じる不適応、不登校等への教育相談。 ・継続的な会議参加、保護者支援等によるケースへの伴走。	
オ 医療、福祉、行政等、多職種間の連携。 ・ケースの見立て、インターフェイス。	

*日程は、年度当初に年間通してご相談いただくと、調整がしやすくなります。

※今年度、就学に関わる教育相談は、別紙のとおり、3名の職員で分担して、対応します。