

病弱・身体虚弱教育に関する巡回相談依頼書

申し込み日 西暦 年 月 日

寿台養護学校 教育相談担当者宛

1 対象（該当に○）

・病弱・身体虚弱特別支援学級		・医療的ケア児		・病気	
----------------	--	---------	--	-----	--

2 在籍状況

学年・人数	
病名 病状等	
その他 特記事項	

3 依頼内容（該当に○・複数可）

①	学級運営（カリキュラムマネジメント・個に応じた学び方等）	
②	病気の理解に関する自立活動	
③	介助員、看護支援員等との連携	
④	医療、福祉、行政との連携	
⑤	その他（内容： ）	

4 初回訪問希望日時（校内医ケア委員会への参加、本人授業参観等含）

	月 日（曜日）	訪問時間
第一希望	月 日（ ）	① 8：30～ ② 10：30～
第二希望	月 日（ ）	③ 13：00～ ④ 14：30～
第三希望	月 日（ ）	⑤（ : ~ : ）

記入者職・ 氏名 連絡先TEL
学校代表 Mail アドレス FAX

個人情報に記載せず、**2024年5月31日までに**

このまま教育相談宛 FAXあるいはメールで送信ください。

寿台養護学校 FAX

Mail