

F A X 送信票 このまま、F A X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、まずは4月中に送信ください。**

以降、ニーズに応じて、早めに送信ください。日程等調整します。

送信先 FAX 0263-86-9276 長野県寿台養護学校 教育相談 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。
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。(教育相談のご案内参照)	
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 幼保、小中学校対象：本校、各教育部門への就学に関わる教育相談。 ・学びの場の検討に関わる定期相談。(指導、授業作り等含) ・適正な学びの場の検討に関わるアセスメント、会議参加。 ・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。	
イ 病弱・身体虚弱特別支援学級訪問、医ケア児童生徒相談、病気治療継続児童生徒相談 ・小中学校・高等学校対象：地域の学校に在籍している病弱・身体虚弱児童、生の実態把握、訪問教育相談。 ・中南信教育事務所担当者と連携した訪問実施。実態把握。 ・病弱・身体虚弱に関わる生活支援、学習の保証、自立活動等の相談。	
ウ 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。 ・定期的、継続的な会議参加、保護者支援等。 ・多職種連携、インターフェイス含めたケースの検討、管理に関する相談。 ・病弱・虚弱支援に関わる学び、自立活動等の相談	
エ 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。 ・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。	
オ 医療、福祉、行政等、多職種間の連携。 ・ケースの見立て、多職種連携の役割調整等。	