教育相談に関する受付カード

（本校使用欄）受付処理

　　／

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| カード記入者 |  |
| 続柄・所属など | 教頭・特Co・担任・保護者・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 窓口となる方・連絡先 | TEL  メール |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談したい内容 | A　現在の学校における支援のあり方に関する相談  B　発達障がい・二次障害などが原因で生じる不適応・不登校などの相談  C　本校への転入学に関する相談  D　医療との連携に関する相談 |
| 【主訴（一番相談したいことを端的にご記入ください）】 |

【お子さんに関する情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 名前・性別 | 女　・　男 |
| 在籍校 | 学校　　　年（　通常級・自情障・知障　） |
| 障がい・疾患 |  |
| 主治医 | 病院名  主治医 |
| 受診状況 | A　診断あり・定期受診なし　　　　　　B　保護者のみ定期受診  C　本人・保護者で定期受診　　　　　　D　受診歴なし |
| 【現在の状況】 | |