教 育 相 談 票

令和　　年　　月　　日

申請者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐保護者　☐所属先職員

電話番号（　　）　　－

下記のとおり教育相談を申込みます。

ふ　り　が　な		性　別	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
幼児児童生徒氏名			所属園・学校	
				☐通常学級（☐通級指導教室） ☐発達支援学級
ふ　り　が　な		続柄	住　　所	〒 浜松市　　区
保護者氏名				
			電話番号	

相談内容	☐障害の特性理解・実態把握（学習場面や生活場面でのつまずきについての相談） ☐個に関する指導（生徒の学び方や指導方法についての相談） ☐個別の教育支援計画、個別の指導計画の作成と活用 ☐自立活動の指導（自立活動の時間における指導内容と評価方法についての相談） ☐学校体制づくりのサポート（合理的配慮や基礎的環境整備についての相談） ☐その他（　　）
相談内容に関わる本人の様子を具体的に記入してください	
現段階での対応等を具体的に記入してください	

これまでの相談・通院歴	相　談　歴	
	診断名等 医療機関名	診　断　名：無・有（　　） 服　薬　等： 医療機関名：

上記の教育相談の申し込みに同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名（保護者の自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿