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		
保 護 者 氏 名			住　所	〒 浜松市　　区
			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（　　）			
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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿