

教育相談個票 担任用

ふりがな 児童生徒氏名	(歳 男・女)		
学校名 学年	学校 年	在籍 学級	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 障がい種別 () <input type="checkbox"/> その他 ()
保護者氏名	(続柄)		
担 任 名			
相談の主旨	〈相談内容〉		
学習の様子	〈主な学習の場〉		
	〈学習の状況や進度・興味関心等〉		
	〈学習面で現在行っている支援内容・方法〉		
	スクールカウンセラー <input type="checkbox"/> 有 (月 回) <input type="checkbox"/> 無		
	サポーター <input type="checkbox"/> 有 (内容 :) <input type="checkbox"/> 無		
	〈学習面への支援の効果〉		
行動の様子	〈特徴的な行動や情緒面の様子〉 ※対人関係、集団への参加の様子も含む		
	〈基本的な生活習慣の様子〉		
	〈行動面や情緒面で現在行っている支援の内容・方法〉		
	〈行動面や情緒面への支援の効果〉		

不登校について	いつ頃から			
	きっかけと 思われる事柄			
	現在の登校の 状況			
	欠席日数	小1 日	小2 日	小3 日
	小4 日	小5 日	小6 日	
	中1 日	中2 日	中3 日	
各種手帳	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 有の場合 → <input type="checkbox"/> A判定 <input type="checkbox"/> B判定		
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 有の場合 → ()種 ()級 障がい名 ()		
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 有の場合 → ()級		
医療関係	通院	<input type="checkbox"/> している (いつから) <input type="checkbox"/> していない		
	通院している病院名 (主治医)	()	()	
	診断名	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
	必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
	服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (服薬名) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 他 (服薬名) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 他 (服薬名) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 他		
これまでの 相談歴・医療歴	※該当があれば記入してください			
諸検査結果	検査の名称	結果	検査日	検査機関 (検査者名)
	WISC-III・IV	FIQ(FSIQ)	年 月	
	田中ビネー	IQ	年 月	
	S-M 社会生活能力検査	SQ SA	年 月	
			年 月	
家庭での様子等				
家族状況	人数	父: 母: 兄: 姉: 弟: 妹: その他 ()		
	特記事項			
特記事項 その他				

記入日：令和 年 月 日 記入者氏名： (所属：)