

大阪教育大学附属特別支援学校相談・支援センター

メール : tokusico@ml1.osaka-kyoiku.ac.jp FAX : 06-6708-2380

附属特別支援学校相談・支援センター 相談申込み票(保護者)

相談者	氏名				
	住所	〒			
	電話		E-mail		
	相談の形式	<input type="checkbox"/> 来校相談			
※入学に関することや入学選考についてのご相談は受け付けておりません。					
相談の概要	<input type="checkbox"/> 行動上の問題について	<input type="checkbox"/> 集団適応(参加)について			
	<input type="checkbox"/> ( ) 支援の内容について	<input type="checkbox"/> ( ) 学習の内容について			
	<input type="checkbox"/> 教員との連携について	<input type="checkbox"/> 地域支援者との連携について			
	<input type="checkbox"/> 医療機関との連携について	<input type="checkbox"/> その他			
相談内容					
お子様の様子	学校	立 学校・園			
	学年	幼保・小・中・高・支援( ) 年	性別	男・女	
	障がい状況	<input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 情緒 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚			
	診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (診断名: )			
	手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳( )		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳( 級)	
		<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳( 級)		<input type="checkbox"/> 無し	
最近の様子					
ご家庭での取り組み					
相談票提出日	年 月 日	*相談票受付日	年 月 日		
*相談実施日時	( : ) ~ ( : )	*相談担当者			
*相談の概要					

太枠の部分についてご記入ください。エクセルデータは、相談・支援センターにお問い合わせください。

\*は相談担当者が記入し、相談後に相談・支援センター長に報告いたします。