

## 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(教職員/支援者)

相談者	学校園名 施設名		校園長名 責任者名	
	住所		最寄り駅	
	電話		メール	
	担当者名		ファックス	
	相談の形式	<input type="checkbox"/> 巡回相談 <input type="checkbox"/> 校内研修 <input type="checkbox"/> 来校相談 <input type="checkbox"/> その他( )		
	担当者所属	<input type="checkbox"/> 通常学級担任 <input type="checkbox"/> 支援学級担任 <input type="checkbox"/> 通級指導教室担任 <input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> その他( )		
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"/> 保護者との連携について	<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"/> 他校園との連携について	
		<input type="checkbox"/> 教員間の連携について	<input type="checkbox"/> その他( )	
相談内容				
相談対象	学年	幼保・小・中・高・支援( 部)	年	性別 男・女
	障がい状況	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達障がい <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 <input type="checkbox"/> その他		
	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【 A B1 B2 】 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳【 1 2 3 4 5 6 】 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳【 1 2 3 】 <input type="checkbox"/> 無( 受給者証あり・なし )		
	本児の様子			
	最近の様子			
校内委員会 検討結果		校内での検討の経過や支援の体制状況をお書きください。		
これまでの 指導と支援				
相談票提出日	年 月 日	*相談票受付日	年 月 日	
*相談実施日時	年 月 日 ( : )~( : )	*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。