巡回相談票

記入日：　　　　年　　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ありの場合 | 医療機関名 |  |
| 診断名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 児童生徒氏名 | （男／女） |
| 学年 |  |
| 診断 | なし　　　　・　　　　　あり |
| 手帳 |  |

　↓↓　　事前資料として提出される場合は、点線以下のみを記入してください　　↓↓

※箇条書きでご記入ください

|  |
| --- |
| 　　　相談主訴（対象児童生徒・教員が抱える困り感） |
|  |
| 相談主訴に対してどうしたい・どのような姿になってほしいか |
|  |
| どのような校内支援を行っているのか |
|  |
| どのような効果があったか |
|  |
| ケース会議で話題にしたいこと、検討したいこと |
|  |
| その他（追加しておきたい情報など） |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者氏名 |  | 職種 | 担任　　教育相談Co　　養護教諭その他（　　　　　　　　　　　） |

書式は、コピーまたは、ホームページよりダウンロードしてご使用ください。

記入した相談票はFAX、郵送、メールにてお送りください。送る際にご一報ください。

茅ケ崎支援学校　教育相談コーディネーター