京都府立丹波支援学校　 〔教育相談申込票〕（　　　　）－№

　　　　　　　　 　＊保幼小中学校用＊

 　　　　　　　　　　　　※太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  令和 　 年 　 月　　 日（ ） |  記入者 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 氏名 | 相談対象者との関係 （　　　　　　　　　） | 担任名 |
| 連絡先住所（学校・園等） 　 　　　　　　　　　　電話（ 　 － 　　 －　　　 　　 ） |
| 相談対象者 | （ふりがな） 　　児童・　生徒名 |  男 ・ 女 | 保護者名 |
| 学校名（園・保育所・施設） 　　　 | 学年 年 　 　　　通常学級・特支級（知・情・肢) | 　　生年月日Ｈ 年 　月　　日 　　年齢 歳 |
| 相談内容・主訴 |     | 通常学級 | ＊学年のクラス数：（　　　）クラス＊学級の人数：　（　　　）名　 　　　男（　　）名・女（　　）名 |
| 特支学級 | ＊学級人数：計（　　　）名＊内訳（本児を除く）： 【例】１年男２名 ・ ４年女１名 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
| ＊相談対象者（児童・生徒）の状況について御記入ください。 |
| ・療育手帳　：　有（　Ａ　　Ｂ　）　　 ・　無 取得　　　　年・身障者手帳：　有（　　）種、（　　）級 ・　無 取得　　　　年 |
| これまでの教育歴 |
| ・（　　　　　　　　 保育所・幼稚園）・（　　　　　　　　　　　療育教室） 　歳～　　歳まで・（　　　　　　　　　　　小学校） ＊特支級は（　　）年から入級， 通級教室は（　　年 ～　　年）・（　　　　　　　　　　　中学校） ＊特支級は（　　）年から入級， 通級教室は（　　年 ～　　年） |
| 教育相談等の経験 |
| ・初めて・経験がある　　相談機関（　　　　　　　　　　　　） 相談した年月（　　　年　　月）　　　　　　　相談機関（　　　　　　　　　　 　 ） 相談した年月（　　　年　　月） |
| 医療機関との連携 |
| ＊これまでかかった医療機関： ＊担当医：＊現在かかっている医療機関： ＊主治医： |
| 医療診断（障害種別ではなく診断名） 例　自閉症・アスペルガー障害・ADHD・LD・知的障害 |
| 診 断 年 | 診 断 名 | 医療機関・相談機関 | 医師・相談者 |
|  　年 月 |  |  |  |
|  年 月 |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **相談対象者氏名** |  |  |
| 心理検査・発達検査等の経験 |  |
| 種　類 | 新版Ｋ式 | ＷＩＳＣｰⅣ |  その他（　　　　　　） |
| 実施年月 |  　 年 　 月  |  年 月 |  |
| 検査機関 |  |  |  |
| 検査者 |  |  |  |
| 検査結果 （資料があれば添付してください。） | 認知･適応（ＣＡ）言語･社会（ＬＳ）全領域　　　　　 ＤＱ（　　　） | 全検査ＩＱ言語理解　　　　　知覚推理ワーキングメモリー　　処理速度 |  |
|  主に家庭での様子 | ［家族構成・家庭状況］＊（　　）人家族 | [家庭内での様子］ |
| ［身体状況］ ＊発作の（ 有　・　無 ） ＊慢性疾患（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 ＊服薬の（ 有　・　無 ） ＊薬名　　（　　　　　　　　　　 　　　） |
|  　　学校での様子 | ［学習の様子］　＊通常級の場合：通級指導教室へ・・・・・・・通級していない ・ している　（担当：　　　　　先生）　　　　　　　　　　 校内での取り出しは・・・・無 ・ 有（教科： 　対応者： ） ＊特支級の場合：交流学級での教科や活動は・・・・・（ 　 ） |
|  （　　）学期の評定 　 [　]段階評価 | 教　科 |  国語 | 社会 | 算数 | 理科 | 音楽 | 美術 | 体育 | 技家 | 英語 |  |
| 評　定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ［行動・社会性・コミュニケーション］ | ［運動・基本的生活習慣］ |
| 　その他 | [好きなこと・興味あること・得意なこと・強み] | [本人の困り感] |
| ［校内員会の見解］ | ［進路について］特に、小６、中３生はご記入ください |
| [その他] |

京都府立丹波支援学校　〔教育相談申込票〕(　　　　)－№

記入例

　　　　　　　　　 ＊保幼小中学校用＊

 　　　　　　　　　　　　※太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  令和 　 　　年 　 月　　 日（ ） |  記入者 |  亀岡　市太郎  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 氏名 亀岡　市太郎  | 相談対象者との関係 （コーディネーター　） | 担任名 柴山　ようこ |
| 連絡先住所 ○○市○○町　○町目○番地（学校・園等） 　 ○○市立○○小学校 　 　　　電話（＊＊＊＊ －＊＊ －＊＊＊＊ ） |
| 相談対象者 | （ふりがな） 　　児童・ 丹波　太郎　生徒名 |  男 ・ 女 | 保護者名 丹波　京一 |
| 学校名（園・保育所・施設） 　　　 ○○市立○○小学校  | 学年 ５ 年 　 ※○をつけてください　　通常学級・特支級（知・情・肢) | 　　生年月日Ｈ１３年 ７月　７日 　年齢 １０ 歳 |
| 相談内容・主訴 |    ※今回、相談したいこと・困っていること等を　　できるだけ具体的に記入してください。 ※対象児の記録や参考になる資料・データが　　ありましたら、この申込票といっしょに　　送ってください。  | 通常学級 | ＊学年のクラス数：（　２　）クラス＊学級の人数：　（　３２　）名　 　　　男（１７）名・女（１５）名※特支級在籍の場合は交流（協力）学級　の状況を記入ください。 |
| 特支学級 | ＊学級人数：計（　５　）名＊内訳（本児を除く）： 【例】１年男２名 ・ ４年女１名 |
|  |  |  |  |  |
| 　・１年・・・男１名　・３年・・・女１名・男１名　・６年・・・女１名 |
|  |  |  |
|  |
| ＊相談対象者（児童・生徒）の状況について御記入ください。 |
| ・療育手帳　：　有（　Ａ　　Ｂ　）　　 ・　無 取得　Ｈ１９　年・身障者手帳：　有（　　）種、（　　）級 ・　無 取得　　　　　年 |
| これまでの教育歴 |
| ・（　　○○市立　　 保育所・幼稚園）・（　　○○○○　　　　　療育教室） ３歳～　５歳まで・（　　○○市立○○　　　小学校） ＊特支級は（ ３ ）年から入級， 通級教室は（　1 年 ～　2年）・（　　　　　　　　　　　中学校） ＊特支級は（　　）年から入級， 通級教室は（　　年 ～　　年） |
| 教育相談等の経験 |
| ・初めて・経験がある　　相談機関（　○○医療センター　　　） 相談した年月（　３歳時　年　　　月）　　　　　　　相談機関（　○○小学校通級指導教室 ） 相談した年月（　Ｈ２０　年　１２月） 　　　 ※年月が不明なら「～才頃」「～年生」と記入ください。 |
| 医療機関との連携 |
| ＊これまでかかった医療機関： ＊担当医： 　　 ○○病院 ○○医師（小児科）＊現在かかっている医療機関： ＊主治医： 　　 ○○医療センター ○○医師（神経科） ・○○心理士 ※障害や大きな病気等、相談内容にかかわる医療機関を記入ください。 |
| 医療診断（障害種別ではなく診断名） 例　自閉症・アスペルガー障害・ADHD・LD・知的障害 |
| 診 断 年 | 診 断 名 | 医療機関・相談機関 | 医師・相談者 |
|  ３歳時 年 月 | 自閉症スペクトラム |  ○○病院  |  ○○医師（小児科） |
|  Ｈ２１ 年 ７ 月 | ＬＤ（読み書き）の疑い |  ○○医療センター  |  ○○医師（神経科） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **相談対象者氏名** | **丹波　太郎** |  |
| 心理検査・発達検査等の経験 |  |
| 種　類 | **新版Ｋ式** | **ＷＩＳＣｰⅣ** | **その他（JSI-R　）** |
| 実施年月 | **１８年 ５月** | **２０年 １２月** | **１９年１月** |
| 検査機関 | **○○医療センター** | **○○小学校通級指導教室** | **○○医療センター** |
| 検査者 | **○○心理士** | **○○先生** | **母・作業療法士** |
| 検査結果 （資料があれば添付してください。） | 認知･適応（ＣＡ）４：０３言語･社会（ＬＳ）６：１０　全領域 　 ５：０６　　　　 ＤＱ（　６８　） | 全検査ＩＱ　**８９**言語理解　**７６**　　　　知覚推理　**６５**ワーキングメモリー　**１００**処理速度　**７９** | ・レッド：聴覚・触覚・イエロー：固有感覚 　前庭感覚・その他はグリーン |
|  主に家庭での様子 | ［家族構成・家庭状況］＊（　　）人家族・父：単身赴任中で週１回帰宅。関わりは薄い。・母：パート勤務。本児の帰宅時には在宅。几帳面なタイ　　プで本児はやや反抗気味。・兄（中２通常級）：ＡＤＨＤの診断。本児とは仲が良い・妹（年長）：本児の邪魔をするので、よくケンカになる・祖父（父方）：囲碁の相手。本児もなついている。 | [家庭内での様子］・帰宅後すぐに１～２時間ＴＶゲーム宿題をしないので母が叱るが改善しない。・週２回○○塾（国・算）・土曜は兄とサッカー教室※帰宅後や休日の過ごし、遊び、家族の対応等、記入下さい。 |
| ［身体状況］ ＊発作の（ 有　・　無 ） ＊慢性疾患（　　**アトピー性皮膚炎　　　　）****＊服薬の（ 有　・　無 ） ＊薬名　　（　　コンサータ**　　）・最近、肥満傾向にある。　・アトピーのため、よく眠れないことがあるようだ。　※気になること、特徴的なことを記入。 |
|  　　学校での様子 | ［学習の様子］　＊通常級の場合：通級指導教室へ・・・・・・・通級していない ・ している　（担当：　　　　　先生）　　　　　　　　　　 校内での取り出しは・・・・無 ・ 有（教科：算数　　　　　　対応者：教務主任 　　） 　＊特支級の場合：協力学級での教科や活動は・・・・・（ 音楽・体育・図工/給食（週２）・各行事 ）  　　　＊教科学習の内容・程度（レベル）  ＊[読む・聞く・話す・書く・計算・理解]等の領域での実態（レベルや困難） ＊学習態度（意欲・集中力・持続力等） 　 ・・・・・について、具体的に記入ください。 |
|  （１）学期の評定 　 [５]段階評価 | 教　科 |  国語 | 社会 | 算数 | 理科 | 音楽 | 美術 | 体育 | 技家 | 英語 |  |
| 評　定 | １ | ３ | ２ | ３ | ４ | ２ | ３ | ２ | ２ |  |
| ［行動・社会性・コミュニケーション］※行動上の困難・トラブル・パニック・こだわり　　多動性・協調性等、具体的に記入ください。※指示場面での理解のしかたや程度、　　受け止め方の特徴、要求の出し方等、　　具体的に記入ください。 | ［運動・基本的生活習慣］※運動機能・からだや手指の使い方・感覚上の　　　特性（過敏・鈍感）・見え方等 　身辺自立・生活リズム等 |
| 　その他 | [好きなこと・興味あること・得意なこと・強み]・（好き）プール・ＴＶゲーム・ポケモンキャラ・（興味）鉄道地図・理科の実験・（得意）コマ回し・（強み）見て模倣する力   | [本人の困り感]**・「勉強が嫌い」と言っている****・体育の時はしんどそう****・トラブルが多い、朝起きれないなど** |
| ［校内員会の見解］**・校内委員会の見解をご記入ください** | ［進路について］特に、小６、中３生はご記入ください**・通信制の高校希望、支援学校希望、○○高校希望****・力仕事をしたい、○○になりたい****・２年生から支援級入級　等** |
| [その他]※生育歴・家庭事情・学級実態等、相談に関わって特記事項があれば記入ください。 |