

記入年月日： 年 月 日

## 学校コンサルテーション利用申込書

対象者名		保護者名・印	㊟
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
診断名	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) 級	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 無
今回のご利用にあたり、要望・希望などについてご記入をお願いします。(※保護者記入欄)			
所属機関名	学校名 _____ 学年 _____ 年生		
住所	〒 -		
電話番号	( ) -	FAX番号	( ) -
所属長名・印	㊟	担当(担任)名・印	㊟
巡回相談時のスケジュール（時間や内容など）をご記入ください。			
内容	<input type="checkbox"/> 行動観察・助言 <input type="checkbox"/> 個別支援計画へのアドバイス <input type="checkbox"/> ケース会議 <input type="checkbox"/> 移行支援会議 <input type="checkbox"/> 校内研修 <input type="checkbox"/> 保護者面談 <input type="checkbox"/> その他( )		
今回のご利用にあたり、具体的な要望・希望などについてできるだけ詳しくご記入下さい。(※担当者記入欄)			
巡回相談実施日	年 月 日 ( : ~ : )	*センター記入	担当者 <span style="float: right;">*センター記入</span>
後日支援センターから電話でご連絡させていただきます。ご連絡する場合は ( ) 先生・様			

## 事前情報記入シート（学校用）

以下の項目は、巡回相談時の参考にさせていただきます。対象の児童・生徒についてご記入いただき、巡回相談日までに当センター宛に郵送をお願いいたします。できるだけ、空欄の無いようお願いいたします。

〒739-0001 東広島市西条町西条 414 番地 31 広島県発達障害者支援センター

記入年月日： 年 月 日	記入者： （対象者との関係： ）
対象者名：	学校名 （ 年）
診断名（ ） 診断名は無い 診断名は出ていないが（ ）の疑いがある	
過去に専門家からのアドバイス等がございましたらご記入下さい。	
利用クラスは （ 通常学級 ・ 特別支援学級（情緒・知的・視覚） ・ 通級 ・ その他 ） ＊利用する割合は（ 通常学級 ・ 特別支援学級 ）が多い	
介助員（ 有 ・ 無 ）	全校生徒数（ 名）
利用クラス人数 通常学級（ 名） ・ 特別支援学級（ 名 ）	

## 1. 授業参加について

- ① 一人で参加できる授業\_\_\_\_\_
- ② 一部一人で参加できる授業\_\_\_\_\_
- ③ ティームティーチング等の支援があれば参加できる授業\_\_\_\_\_
- ④ ②③の場合、どのような支援をされていますか。

--

- ⑤ 参加困難な授業\_\_\_\_\_

## 2. 以下の活動時の様子についてご記入をお願いします。

内容	様子
授業準備	
集団活動への参加	
行事への参加	
移動教室時の移動	
授業中の立ち歩き	
給食準備・片付け	
給食（偏食等）	
掃除	
登下校	

3. 授業時間以外のときの様子について教えてください。

①休み時間の様子

--

②掃除時間の時の様子

--

③その他特記事項

--

4. ご本人はどのような活動に興味・関心をお持ちですか。

5. ご本人はどのようなことに困っていると思われますか。

6. ご記入者はどのようなことに困っていますか。

7. 貴校では、当センターにどのようなことを期待されていますか。

**\*必ずご記入いただきますようお願いいたします。**

\* その他の資料等がございましたら、添付していただきますようお願いいたします。

ご記入ありがとうございました