

※ お子さんの教育相談の必要性や実施要項について学校と話し合った後、下記をご記入の上、学校にご提出ください。

北九州市立特別支援教育相談センター所長 様

<保護者記入日 年 月 日>

ふりがな		性別	年・組	学校
氏名	〇〇 〇〇〇			年 組

受付後、当センターの担当よりご連絡を差し上げます。直接連絡に不都合のある方は、学校を介しますので、学校にお申し出ください。

生年月日	年 月 日	区	電話番号
------	-------	---	------

学校と話し合った日と相談相手、その際に、当センターに相談することとなったお子さんの困り感についてご記入ください。

※連絡の際、都合が付きにくい曜日や時間帯 ()

❖ 学校と相談した日 〇月 〇日 校長 教頭 担任 特別支援教育コーディネーター
 スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカー その他 ()

❖ 相談したい項目に をつけてください。
 学習面 行動面 対人面 情緒面 言語面 運動面 その他 ()
 ❖ 相談したいことを、できるだけ詳しくご記入ください。

例)

学習の理解が難しく、学校では入学後から座席を前にし、個別で教えてもらっている。家庭でも一緒に問題を読み、宿題をしているが時間がかかる。子どもの状態に合った手だてを相談したい。

❖ 相談状況について教えてください。
 1 これまでに特別支援教育相談センターに相談したことがありますか。(ある ・ はじめて)
 教育相談.....年度 就学相談 R4 年度 通級相談.....年度

2 他機関に相談したことがありますか。(ある ・ ない)

教育支援室 (支援室)	障害福祉センター
子ども総合センター	北九州少年サポートセンター
発達障害者支援センター「つばさ」	放課後等デイサービス ()
その他 (区役所わいわい子育て相談)	
医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 総合療育センター <input type="checkbox"/> その他医療機関 () [] 受診予定 [O] 通院中 (R5年7月～) 心理検査 (<u>有</u> ・ 無) [] 受診終了	

資料等の使用確認 他の相談機関を利用している場合、保護者は個人資料の使用を、
 (O) 認める () 認めない