

## 令和6年度 教育相談記録票

日 時	令和 年 月 日 ( )
相談者	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他( )
校種等	<input type="checkbox"/> 幼稚園・保育所 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> その他( )
保育所・幼稚園 学校名	( ) 保育所    幼稚園    小学校( 年)
保育所・幼稚園・学校 連絡先	〒 -  TEL
担任名	
幼児・児童・生徒名	( 男・女 )  ( 年 月 日生)
保護者氏名(続柄)	_____( ) _____( )
住 所	〒 -  地域の小学校( )  TEL
ニーズ(主訴)	<input type="checkbox"/> 障害・発達の状態に関する事 <input type="checkbox"/> 学校教育に関する事 <input type="checkbox"/> 授業改善に関する事 <input type="checkbox"/> 早期教育に関する事 <input type="checkbox"/> 就学に関する事 <input type="checkbox"/> 家庭教育に関する事 <input type="checkbox"/> 進路に関する事 <input type="checkbox"/> 検査等の実施に関する事 <input type="checkbox"/> 情報提供( ) <input type="checkbox"/> その他( )
※該当するもの全てに チェック	【記述欄】
幼児児童生徒の状態	
障害の状態等	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 発達障害 ( LD    ADHD    自閉症    その他の発達障害 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
手 帳	<input type="checkbox"/> 有・無 : 療育手帳 : A1    A2    B1    B2    無 ) 身体障害者手帳( ) : 種 級 その他
診断名	診断を受けた機関 :