

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 :