＜相談シート＞　　　　　　　（本相談について保護者の了解　　　無 ・ 有　 ）

記入日 ：　　 　年　 　月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 男 ・ 女 | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日  （西暦　　　　　　年） |
| 所属名 |  | | 学年(歳) | | | 年( 　歳) |
| 在籍学級  通級学級  ※該当に○ | ・通常：学級構成（ 男　　名、　女　　名、 　計　　名 ）　担任名：  ・通級による指導：週　　回（　LD等　ことば　他　）　開始時期：　　年　　月から  ・特別支援学級（知的障害　肢体不自由　自閉症・情緒障害　言語障害　弱視　難聴　病弱・身体虚弱　） | | | | | |
| 今回相談したいこと | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 校内支援委員会で決まったこと | | 本人への具体的な支援 | | | | |
|  | |  | | | | |
| 本人の長所（できること・興味のあること・好きなこと等） | | | | | | |
| 【学習面】 | | 【生活面】 | | | | |
| 本人が困っていること（苦手なこと・嫌いなこと等） | | | | | | |
| 【学習面】 | | 【生活面】 | | | | |
| 家族構成 | 父 ／ 母 ／ 祖父 ／ 祖母 ／ 兄 ／ 　姉 ／ 弟 ／ 妹 ／ その他 | | | | | |
| 医療機関  （主治医） | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 服薬（ 無 ・ 有 ） | |
| 診断名 |  | | | |
| 手　帳 | ・療育手帳　　　　　　　　（ 　無 ・ 有　　　A ／ B ・ 申請中　 ）  ・精神障害者保健福祉手帳　（ 　無 ・ 有　　 　　 級 ・ 申請中　 ）  ・身体障害者手帳　　　　　（ 　無 ・ 有　 　 級　　種　・ 申請中　 ） | | | | | |
| 相談歴 | 無 ・ 有 （　　　　　　　　　　　） | 関係機関 | | 無 ・ 有 （　　　　　　　　　　　　） | | |
| 個別の  指導計画 | ・個別の教育支援計画　（ 無・有・作成中 ） ・個別の指導計画の作成（ 無・有・作成中 ） | | | | | |
| 備　考 |  | | | | | |

宮城県立気仙沼支援学校版　　　　　　　　　　　記入者（職名：　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　）