様式２

「オホーツク管内専門家チーム巡回相談」個人票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | （ 男 ・ 女 ） | | | | 生年月日  年　　齢 | 平成　　年 　　月　 　日 　　歳 | |
| 保育所･幼稚園  認定こども園･学校名 | | | |  | 学年 | 年 | | 連絡先  （学校等） | －　　　－ | |
| お子様について | ◆　定期的に専門機関での相談を受けていますか。　□受けている □受けていない | | | | | | | | | |
|  | | □発達支援センター　□児童相談所　□医療機関（　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  |
| ◆　過去に専門機関の相談を受けたことがありますか。　　□ある　　　　□ない | | | | | | | | | |
|  | | □オホーツク管内専門家チーム巡回相談  □児童相談所　□北海道立特別支援教育センター  □発達支援センター　　　□病院等医療機関　　　　□特別支援学校  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| 教育相談について | ◆　相談したいことは、どのようなことですか。当てはまる項目の□に、チェック（レ）を入　れ、具体的な相談内容について**下欄**にお書きください。（複数回答可）  　□　学校での指導内容・方法や学校生活についての相談  □　家庭での生活についての相談  □　進路についての相談  □　就学の相談（学校への入学における在籍学級の相談）  □　教育の場についての相談（在籍学級の変更等の相談）  □　その他  　※本相談は、就学を決定するための巡回相談ではないことを御理解ください。   |  |  | | --- | --- | | （保護者） | （学校・園） | | | | | | | | | | |
| ◆　相談時に知能検査等の心理検査を希望しますか。　　　　　□希望する　□希望しない  　◆　過去に知能検査等の心理検査を行ったことがありますか。　□ある　　　□ない | | | | | | | | | |
|  | 実施時期：平成・令和　　　年　　　月　実施機関：  検 査 名：  検査を行ったことがある場合、必ず記入してください。 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| （自署）  保護者氏名 　　　　　印 | | | | | | | 校長・園長氏名 | | | |