

記入例

特別支援教育総合推進事業
 専門家チーム「巡回相談員 派遣要請票」

令和6年7月20日

専門家チーム委員長 様

市町村立の園又は学校のみ↓
 ※職氏名のみ、公印等は不要

巡回相談か校内研修にチェックを入れてください。

(派遣要請先の学校等の長) ○○町立十勝小学校 十勝太郎
 〇〇を要請します。

要請する項目	<input checked="" type="checkbox"/> 巡回相談 ・ <input type="checkbox"/> 校内研修		
学校名 (園名)	平原町立十勝小学校 TEL:015-123-4567		
記入者 (相談後の様子の聞き取り窓口)	十勝次郎 (十勝三郎) → 記入者と同じ場合は()内は不要		
相談希望日			
第1希望	第2希望	第3希望	第4希望
8月25日(火)	8月28日(木)	9月1日(火)	9月3日(木)
相談や研修の日程・内容等	・体育の様子と体育後の学習の様子について、授業参観が可能な火曜日 10:00~14:00、木曜日 10:00~14:00 を希望(コーディネーターとの懇談時間は、日程が決まった後に調整) できるだけ第4希望日まで記入してください。		

※ 派遣要請票の受取後に巡回相談員の派遣可能な日を調整するため、直近の日程には対応できない場合があります。
 ※ 日程には、授業参観及び学級担任又は特別支援教育コーディネーターとの懇談の設定をお願いします。相談日が決定するまで、詳細な日程の記載が難しい場合は、「午前〇時~〇時」など、大まかな予定をご記入ください。

※ 校内研修への専門家チーム派遣依頼の場合は、以下は記載不要です。

ふりがな	かちつと はなお	生年月日	平成・令和) 26年 7月 1日 10歳
幼児児童生徒の氏名	勝 十 花 雄	性別	(<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)
学年・学級等	第4学年	<input type="checkbox"/> 通常の学級 ・ <input type="checkbox"/> 通級による指導 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 (自閉症・情緒)	
障がいの種別	<input checked="" type="checkbox"/> 自閉症・情緒障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input checked="" type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 広汎性発達障がい <input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 言語障がい <input type="checkbox"/> その他・不明		
幼児児童生徒の実態	・学級には仲の良い友人もおり、落ち着いた学校生活を送っている。 ・先々の見通しを持って行動をすることが苦手なためか、午前中の授業(特に体育)で体力を使い切ってしまう、その後の授業を休んでしまうことが多い。 ・自己中心的な行動が多く、社会面の幼さが見られる。		
学校等での支援の状況	・保護者と特別支援教育コーディネーターとの面談(4月1回、6月1回)。 ・8月末の体験学習に向け、事前に予想される問題点・トラブルへの対処方法について一緒に考える時間を設けた。		
助言・支援を受けたい内容	・頭痛や体のだるさ等の体調不良を訴えた際、どこまで頑張らせて良いのか判断が難しい。そのような場面での声かけの仕方、手立てについて助言がほしい。 ・児童が、自ら先々を見通して対応できる力を身に付けさせる手立てとして、どのような方法があるか助言がほしい。		
関係機関との連携の状況	医療、福祉、保健、労働等、関わっている機関をご記入ください。 ・放課後等デイサービスを小学校第1学年時から利用している。		
その他参考事項	過去の相談歴、受診歴、成育歴などで、特記すべき事項をご記入ください。 ・令和2年10月25日 WISC-IV知能検査実施(〇〇町発達支援センター) ・令和3年12月10日 〇〇病院受診(自閉的傾向あり)		

市町村立の園又は学校

市町村立の園又は学校のみ
 ※職氏名のみ、公印等は不要

上記の派遣要請を承認します。