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　　年　　月　　日

専門家チーム委員長　様

（派遣要請先の学校等の長）

次のとおり、専門家チームによる巡回相談を希望します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名（園　　名） |  | 生年月日（性別） | 平成　　年　　月　　日　　 歳（□男・□女） |
| ふ り が な |  | 記入者（相談後の様子の　聞き取り窓口） |  |
| 幼児児童生徒氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学年・学級等 | 第　学年 | □通常の学級　・　□特別支援学級（　　　　　　　　　）　　　 |
| 障がいの種別 | □自閉症・情緒障がい □知的障がい □ＡＤＨＤ □視覚障がい □聴覚障がい　□広汎性発達障がい　 □病弱・身体虚弱 □肢体不自由　□言語障がい　□その他・不明 |
| 幼児児童生徒の　 実　 態 |  |
| 学校等での支援の状況 |  |
| 助言・支援を受けたい内　　　　容 |  |
| 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。 |
|  |
| 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。 |
|  |

|  |
| --- |
| 巡回相談希望日 |
| 第１希望月　　日（　　） | 第２希望月　　日（　　） | 第３希望月　　日（　　） | 第４希望月　　日（　　） |
| 巡回相談日程予定 |  |

　※　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　○時～○時」など、大まかな予定をご記入ください。

市町村立の園又は学校　　　上記の派遣要請を承認します。