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 　  |