

相談申込書

多摩市立 _____ 学校長 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出

次の理由から、(お子さんの氏名) _____ には、通級指導学級(きこえとことばの教室)へ入級を含めた、特別な指導が必要と考えているので、相談をお願いします。

児童氏名 (フリガナ)	(_____)
生年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
在籍校	多摩市立 _____ 学校 _____ 年 _____ 組
保護者氏名	
住所	〒 _____ 多摩市 _____
電話番号	(昼間に連絡可能な連絡先) _____ - _____ - _____
保護者の方が「特別な指導が必要」とお考えになった、お子さんの状況についてご記入ください。	

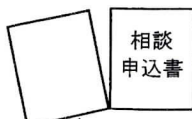
1 相談歴(対象児童・生徒について相談した機関について)

相談時の年齢	健康センター・子ども家庭支援センター・発達支援室・教育相談室・病院・児童相談所など
歳 _____ 月 _____ 日 ~ 歳 _____ 月 _____ 日	
歳 _____ 月 _____ 日 ~ 歳 _____ 月 _____ 日	
教育センター「特別支援教育マネジメントチーム」の相談(就学・巡回相談等)	<input type="checkbox"/> あり(_____ 相談)、 <input type="checkbox"/> なし

2 医療機関の受診について

	受診の有無	医療機関受診 <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> これから受診予定(_____ 年 _____ 月頃を予定)		
医療	病院名		診断名	
	受診頻度		処方薬	<input type="checkbox"/> あり(_____)、 <input type="checkbox"/> なし
療育	療育の有無	<input type="checkbox"/> 現在も受けている(_____ 歳 _____ 月より)、 <input type="checkbox"/> 以前受けていた(_____ 歳 _____ 月まで)、 <input type="checkbox"/> 受けていない		
	療育の内容	<input type="checkbox"/> 言語療法(ST)、 <input type="checkbox"/> 作業療法(OT)、 <input type="checkbox"/> 理学療法(PT)、 <input type="checkbox"/> 心理療法		
	療育の頻度		開始時期	_____ 歳 _____ 月 ~ _____ 歳 _____ 月
発達検査	発達等の検査を受けたことが、 <input type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない、 <input type="checkbox"/> 検査予定がある			
	検査名		検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	実施場所			
発達検査(WISC-IV等)結果の提出		<input type="checkbox"/> 提出可能 <input type="checkbox"/> 検査なし	医師の診察記録の提出 <input type="checkbox"/> 提出可能 <input type="checkbox"/> 診察記録なし	

添付書類：①発達検査の結果 (WISC-IV等、概ね1年6ヶ月以内に受検したもの)
 ②医師の診断書 (①②は、書類がある場合写しをご提出ください)



相談申込書を提出する際は、本票を半分に切り取って学校へ提出してください。