北海道札幌稲穂高等支援学校

**教育相談（中２以下）事前確認票**

記入日　　　　年　　　月　　日

以下にご記入の上、所属機関を通して相談日の1週間前までにご郵送ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お子様の |  |  |  |
| 所属所名 |  | 年齢（学年） | 　　　　歳（　　　　年生） |
| 所属学級 | 普通学級　・　特別支援学級（ 知的 、自閉・情緒 、病弱 、その他 ） |
|  |  | お子様との関係 |  |

１　相談したいこと、困っていることを簡単にご記入ください

　・ご相談の内容によっては、所属機関から個別の教育支援計画や個別の指導計画のコピーなどを

ご提供いただきます。ご了承いただけた方は、以下に ☑ をつけてください

□　了承しました

２　お子様のことについてご記入ください

① 障害の診断　　【 あり・なし 】

② 診断名　　　　【　 　　　 】

 　 診断を受けたのはいつ頃ですか？【　　　　　歳（頃）】

③ 障害者手帳の有無　【 あり ・ なし 】

　　【　療育手帳　・　身体障害者手帳　・　精神保健手帳　・手帳なし　】

④　諸検査（発達心理検査）の結果（わかる方のみ）

　　　IQ【　　　　】　　検査名【 鈴木ビネー　 ・ 田中ビネー　 ・ WISC 　　】

検査機関名：【　　　　　　　　　　　　　】　　検査日【　　　年　　月　　　日】

|  |
| --- |
|  |

⑤ 相談や活用している関係機関（医療機関、福祉サービス、訓練など）