

平成 年 月 日

長崎県立諫早東特別支援学校長 様

(学校長名)

教育相談等依頼書

派遣先	学校名	TEL
	住所	FAX
相談項目	担当者・担任等（職名）	（氏名）
	特別支援教育コーディネーター	（氏名）
相談項目	<p>相談項目に○をつける。</p> <p><input type="checkbox"/> LD・ADHD・高機能自閉症等の発達障害のある幼児児童生徒への対応</p> <p><input type="checkbox"/> 学習や行動上特別な配慮が必要な幼児児童生徒（原因不明）への対応</p> <p><input type="checkbox"/> 学習や行動上大きな問題は見られないが、指導上気になる幼児児童生徒への対応</p> <p><input type="checkbox"/> 通常学級等に在籍する視覚障害，聴覚障害，知的障害，肢体不自由，病弱，情緒障害，言語障害等のある児童生徒への対応</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
支援項目	<p>支援項目に○をつける。</p> <p><input type="checkbox"/> 園・学校生活や授業の様子等を観察して，担任や保護者等の相談に応じる。</p> <p><input type="checkbox"/> スクリーニングテストや個別の発達検査等による実態把握を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 職員や保護者に対して理解啓発のための講演や研修を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 校内支援体制作りや研究授業等の助言を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
相談概要	<p>※上記の相談・支援の概要を記入してください。</p>	
相談対象者	○で囲む 教職員・保護者・幼児児童生徒・その他（ ）	
派遣日時	平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分	
特記事項		