相談日　令和　　年　　月　　日（　　）　枠内についてご記入の上、予めご送付ください。

　　　　　　　　教育相談依頼票　　　　　ＮＯ．

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　※小・中学校の場合は、市教委を通じてご依頼ください。

　　　　※幼稚園・保育所は、子育て支援センターを通じてご依頼ください。

|  |
| --- |
| ご依頼の内容（当てはまるものに○をつけてください）　・WISCⅣ等検査（目的：　　　 　　　　　　）・巡回相談　・来校相談　・研修会等の講師　・その他（　　　　　 　　　　　　　） |
| 連絡先電話番号 | （　　　　） |
| 相談者名 | ふりがな　 | 担任名 |  |
| 対象児名（性別） | ふりがな（　　　） | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 住　所 |  | 保護者名（続柄） | ふりがな（　　　） |
| 在籍園・校 |  | 学年等（年齢） |  |
| 障害について | 診断（有・無）（診断先） | 手　帳 | 療育手帳（Ａ・Ｂ）身体障害者手帳（１種・２種）精神保健福祉手帳（有・無） |
| 主訴（相談の理由） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　裏面へ

【学校・保育園等での様子】

１、学力検査結果について

　国語・算数（数学）・英語について、NRT（教研式標準学力検査）、WEB配信集計システムでの平均点等をお書きください。また、普段の授業の気になることがありましたら、お書きください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教科名 | NRT | WEB配信 | 気になる点等 |
| 国語 |  |  |  |
| 算数（数学） |  |  |  |
| 英語 |  |  |  |
| その他　学習面で気になる点 |
|  |

２、知能検査結果等

　WISC4等の知能検査結果がありましたら、お書きください。

|  |
| --- |
|  |

３、学習面

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 本人の様子 |
| 聞く |  |
| 話す |  |
| 読む |  |
| 書く |  |
| 計算する |  |
| 推論する |  |

３、生活面

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 本人の様子 |
| 注意・集中 |  |
| 多動性・衝動性 |  |
| 対人関係 |  |
| その他 |  |

４、運動面

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 本人の様子 |
| 粗大運動 |  |
| 微細運動 |  |

※記述できる範囲で結構です。

※１枚に収まらないときは、ページを増やしてください。