

学校名	学年 ()		
(ふりがな) 対象幼児児童生徒名	男・女 (生年月日) 年 月 日		
所属する学級	通常学級・特別支援学級(難聴・知的・情緒)・その他()		
担任名	記入者名	CO・その他()	
聴力	裸耳(右) dB (左) dB	補聴器等装用時 dB	
補装具	(右) 補聴器・人工内耳・なし	(左) 補聴器・人工内耳・なし	
装用状況	常时装用・装用しない場面あり()・装用していない		
補聴援助システム	あり(品名:)・なし		
活用している場面			

※聴力、補聴援助システムについては、分かる範囲でご記入ください。

- 連絡を受けることができる時間帯 () 例：16時～16時半
- 現在把握されている、対象幼児児童生徒・保護者のニーズをお書きください。

Blank text box for current needs.

- 今回相談したい内容を**具体的**にお書きください。
(きこえに関すること、発音・発語に関すること、学習支援について、コミュニケーションについて など)

Blank text box for specific consultation content.

- 上記の相談したい内容について、これまでどのような対応をされていたか、その経過について教えてください。
(校内支援委員会を開いて実態や支援を共通理解した、研修会を実施した など)

Blank text box for consultation history.

- 保護者との連携の状況についてお書きください。

Blank text box for parent cooperation status.

- 管理職のご意見があればお書きください。

Blank text box for management staff opinions.

- 個別の指導計画・個別の教育支援計画の作成状況、関係機関の有無についてお書きください。

個別の指導計画	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
個別の教育支援計画	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
かかわりのある医療・福祉機関	<input type="checkbox"/> 現在有 ()	<input type="checkbox"/> 過去に有 () <input type="checkbox"/> 無

※教育相談を実施するにあたり、相談内容や必要な支援を把握するための資料です。

在籍校担当者がご記入の上、親展郵送でご提出ください。

ご協力ありがとうございました。