

# 教 育 相 談 申 込 書

教 育 相 談 室 へ 相 談 を 申 し 込 み ます。

年 月 日 申込者氏名

ふりがな		性別		〒  現 住 所
児童・生徒 氏 名				
生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)			
保 護 者 氏 名		電 話		(自宅・携帯) (その他緊急)
学 校 学年 組	学校 年 組	担 任 教師名		
相 談 したいこと	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
教育相談 申込みの きっかけ	<input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教員 <input type="checkbox"/> スクールカウンセラー <input type="checkbox"/> 他機関 ( ) <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> 就学相談 <input type="checkbox"/> 適応指導教室 <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 家族・兄弟 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 以前に通っていた <input type="checkbox"/> ホームページ,パンフレット <input type="checkbox"/> その他 ( )			

申し込みにあたり以下のことについて、さしつかえのない範囲でお書きください。

**\*家 族 構 成**

	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	備 考
家族ならびに同居人					

\*上記の相談内容等についてこれまで他機関で相談したことがありますか？ (ある・ない)

年 齢	医療機関・相談機関・療育機関・その他	相談内容・対応・検査・投薬・その他
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		
歳 ヶ月		

豊島区立教育センター教育相談室

受付担当者： \_\_\_\_\_