

岩手県立花巻清風支援学校 教育相談個票(保護者記入)

様式 3

ふりがな 生徒氏名			性別		生年月日	年 月 日 (歳)	
障がい名等					手帳の有無	療育手帳	有 (A ・ B) ・ 無
						身体障害者手帳	有 (種 級) ・ 無
						精神障害者 保健福祉手帳	有 (種 級) ・ 無
現住所	〒 ー 電話 ()						
ふりがな 保護者氏名						続柄	
						()	
保護者住所 (生徒と異なる場合)	〒 ー 電話 ()						
在籍校	所属(支援学級《知的・他()》・通常学級・重複障がい学級)				電 話	()	
					担任名		
家族構成 ※兄弟については 学年と年齢を 記入ください。	・父(職業) ・母(職業) ・祖父 ・祖母						
	・兄() ・姉() ・弟() ・妹() ・その他()						
進路について	中学校(中学部)卒業後の 希望について		第1希望[] 第2希望[]				
	高等部教育について (高等部3年間でどんな力を 身に付けさせたいと思いま すか。)						
	将来の希望について (○で囲んでください)		一般就労 ・ 福祉的就労 ・ 生活介護 その他()				
生活状況	・起床時間(頃) ・就寝時間(頃)						
	・趣味:						
	・得意なこと、苦手なこと:						
	・将来の自立に向けて、御家庭ではどのようなことを心掛けていますか。						
健康状況	・現在の通院状況(疾病・病院名等)						
	・服薬状況について(薬の名前、服薬時間(朝・昼・夜)等)						
	・その他(体調面・かかりやすい病気・アレルギー等)						
他校の 教育相談予定	*ある場合は学校名をご記入ください。(※教育相談は複数受けることをお勧めします。) ・支援学校:(支援学校) (支援学校) ・普通高校:(高等学校) (高等学校)						
寄宿舍希望	・利用を考えている(※入舎規定がありますので利用できないことがあります) ・考えていない						