

教育相談個票(本校舎高等部用)

岩手県立一関清明支援学校高等部

中学校 (中学部)	学校名		
	住所 電話番号	〒	TEL
	担任名		
所属学級	通常学級・特別支援学級(情緒・知的・他【 】)		
生徒氏名・性別	ふりがな	性別 男・女	
	氏名		
	平成 年 月 日生(歳)		
保護者名	ふりがな		
住所・電話番号	〒	TEL	
障がい・病名			
通院中の病院	(病弱者・肢体不自由者は記入ください)		
主治医名	(病弱者・肢体不自由者は記入ください)		
障がい・病気の 状態			
学校生活の 様子			
家庭生活の 様子			
その他参考となる 事項等			
手帳取得 (有・無)	<input type="checkbox"/> 療育手帳[A・B] <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳[級] <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳[種 級] 手帳無 → 取得検討(有・無)		
知能検査等 (実施済みの場合)	(検査名)	(結果)	(実施年月)
			H 年 月
	S-M社会生活能力検査		H 年 月
他校出願の検討	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 学校名		

※コピーしてお使いください