

# 教育相談票

ふりがな		性別		
生徒氏名			生年月日	平成 年 月 日
ふりがな			続柄	住所
保護者氏名	職業 ( )			電話 - -
在籍校	立	中学校特別支援学級 中学校通常学級 支援学校中学部		
家族構成 (本人を除く)	*○をつけて下さい 父 母 祖父 祖母 兄 ( ) 弟 ( ) 姉 ( ) 妹 ( ) その他 ( ) 計 ( 名)			
手帳等	療育手帳	有・無	判定 [ A・B ]	交付年月日 [ ]
	身体障がい者手帳	有・無	判定 [ 種 級]	交付年月日 [ ]
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	判定 [ 級]	交付年月日 [ ]
身体の状況	障がい名・疾病等  治療・訓練等  医療機関名・主治医  服薬 ( 有 ・ 無 )			
生活状況	余暇・地域生活  趣味・得意なこと  配慮事項			
本校志望理由				
将来の進路希望				