

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	中学校通常学級 中学校特別支援学級 支援学校中学部	知的障がい 情緒 弱視 聴覚 病虚弱 LD等通級 言語 肢体	
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				
他校受検の可能性の有無	_____ 高等学校 _____ 支援学校			
将来の進路希望				