

# 教育相談票

ふりがな  生徒氏名		性別	生年月日	平成 年 月 日	
ふりがな  保護者氏名		続柄	住所		
	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 聴覚 言語	情緒 病虚弱 肢体	弱視 LD等通級
	担任名:				
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					