

教育相談個票 1 (保護者用)

相談日 令和 年 月 日
担当者

生徒氏名					〔 男・女 〕	平成	年	月	日生	
現住所										
保護者氏名										
保護者連絡先	自宅電話 携帯電話									
家族構成 (本人は除く)	氏名	年齢	続柄	職業(勤務先)・学校等	健康状態					
志望理由										
通院している 医療機関等	病院名									
	診断名 (病名・病状等)									
	障がい名									
	検査結果等	検査の名称	WISC ・ 田中ビネー (どちらかに○を記載)							
		検査結果								
		検査実施年月日								
		検査機関								
		検査の名称	S-M社会生活能力検査							
		検査結果								
	所持している手帳	検査実施年月日								
検査機関										
精神障害福祉手帳		有(1級 ・2級)			無					
	療育手帳	有(A ・ B)			無					
	その他									
利用している 福祉機関										
高等部卒業後 の進路希望				併願を考 えている学校						
通学方法										

教育相談個票 2 (担任用)

相 談 日 令和 年 月 日
面談担当者

生徒氏名 <small>ふりがな</small>	(男・女) 平成 年 月 日生			
現住所				
担任氏名 <small>ふりがな</small>				
本児と関わりのある職員名	(副担任・養護教諭・学年長・支援員・その他)			
中学校名 中学校住所 電話番号	電話 () -			
志望理由				
通院している医療機関等	病院名			
	診断名 (病名・病状等)			
	障がい名			
	検査結果等	検査の名称	WISC ・ 田中ビネー (どちらかに○)	
		検査結果		
		実施年月日		
		検査機関		
		検査の名称	S-M社会生活能力検査	
		検査結果		
	実施年月日			
検査機関				
所持している手帳等	精神障害福祉手帳 有 (1級 ・ 2級) 無 療育手帳 有 (A ・ B) 無 その他			
運動面や身体面での特記事項				
高等部卒業後の進路希望		併願を考えている学校		