

教 育 相 談 個 票

岩手県立前沢明峰支援学校高等部

生 徒	ふりがな				性 別	男 ・ 女 ※どちらかに○
	氏 名					
	生年月日	平成 () 年 () 月 () 日 生まれ () 歳				
	ふりがな					
住 所	〒 () - ()					
	Tel () - () - ()					
保 護 者	ふりがな				生徒との 続 柄	
	氏 名					
在 籍 校	学校名	() 立 () 学校			在 籍 学 級	中 学 校 特 別 支 援 学 校
	ふりがな					
	担任名				通常学級 特別支援学級 (知的・情緒・肢体) ※当てはまるものに○	
	学校の住所	〒 () - () Tel () - () - ()				通常学級 重複障がい学級 訪問学級 ※当てはまるものに○
家 族 構 成	氏 名	続柄	年齢	職 業 (勤務先又は学校名)		
各 種 手 帳	療育手帳	有 (取得した年) ・ 無 ・ 申請中 ←いずれかに○をつける 有の場合→判定 A ・ B ←どちらかに○をつける				
	身障者手帳	有 (取得した年) ・ 無 ・ 申請中 ←いずれかに○をつける 有の場合→ () 種 () 級 障がい名 : ()				
	精神障害者保健福祉手帳	有 (取得した年) ・ 無 ・ 申請中 ←いずれかに○をつける 有の場合→ () 級				
標 準 検 査 の 記 録 ※必ず記入	検査の名称		結 果		検査日	検査機関 (検査者名)
	WISC-IV・V ※下段に各評価点合計を記入		FSIQ		年 月	
	田中ビネーV・VI		IQ		年 月	
	S-M社会生活能力検査		SQ SA		年 月	
障 が い に 関 する 記 録 ※	診断された障がい名		診断を受けた機関		診断された時期	
	知的障がい				平・令 () 年 () 月	
					平・令 () 年 () 月	
					平・令 () 年 () 月	
中学校 (部) 在籍中に受けた 治療、訓練、相談他						
進 路 希 望	中学校 (部) 卒業後		(本人)		(保護者)	
	将 来		(本人)		(保護者)	

※の空欄には、身体に関わる障がいや、てんかん、心疾患・精神疾患など、学校生活上配慮を要する疾患について、ご記入ください。