

教育相談個票 1 (保護者用)

相談日 令和 6年 月 日
担当者

ふりがな 生徒氏名	〔 男・女 〕 平成 年 月 日生				
現住所					
ふりがな 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			
		検査者(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			
検査者(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					