

教育相談個票 2 (担任用)

相談日 令和 6年 月 日

面談担当者

ふりがな 生徒氏名	〔 男・女 〕 平成 年 月 日生			
現住所				
ふりがな 担任氏名				
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		
	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			