

教育相談個票 1（保護者用）

相談日 令和 7 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	WISCⅢ・Ⅳ ・ 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			
		検査実施年月日 検査者(機関)			
	所持している手帳	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					