

教育相談個票 2（担任用）

相 談 日 令和 7 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 () ー		
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 Ⅲ・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 ()	
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	