

教育相談等受付表 中 (保護者記入)

相談日 令和 年 月 日
担当者

児 童 ・ 生 徒 氏 名 (ふりがな)		性 別		生 年 月 日	
		男・女		平成 年 月 日	
保 護 者 氏 名 (ふりがな)		住 所 (連絡先)			
		〒 電話番号 携帯電話			
所 属	(学校・施設・自宅・その他)				
来校理由	教育相談 ()				
家族構成 (本人は除く)	氏 名 (ふりがな)	年齢	続柄	職業・学校	健康状態
身体の状態	障がい名・疾病等				
	医療機関名・主治医				
	服薬 有 ・ 無 (服薬名)				
現在利用している 機関等 (デイサー ビス等)					
手 帳 等	療育手帳： 有 (A ・ B) ・ 無 身障者手帳： 有 (1級 ・ 2級) ・ 無 精神障害者福祉手帳：有(1級 ・ 2級 ・ 3級) ・ 無				
健康について (疾病等の有無) 有の場合○	視覚障害 聴覚障害 身体障害 心疾患 呼吸器疾患 てんかん アレルギー：有(食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎) 無 その他 () ※上記に○の疾患について生活管理指導表の有無 (有 ・ 無)				
備 考 (配慮事項等) 気になること等	利き手 (右 左)				