

岩手県立盛岡みたけ支援学校教育相談票

(担任記入用)

整理番号

学校名・学級名		ふりがな 生徒氏名	性別	生 年 月 日
学校			男・女	年 月 日(歳)
学級				
身体 の 状 況	障がい名・疾病等			
	医療機関名・主治医			
	服薬 (有 ・ 無)			

※本校は知的障がいのある生徒のための特別支援学校です。

次の内容について、ご記入ください。

身辺自立			
移動能力	※列車、バス等の公共交通機関の利用を含む		
運動能力			
作業能力	利き手(鉛筆: 、はさみ:)		
コミュニケーション 能力			
集団参加			
自己統制			
家族の理解			
その他			
療育手帳の有無	有 無	※どちらかに○	判定()
諸検査 (専門機関での検査を 基本とする)	検査の名称		
	検査の結果		
	実施年月日		

※ この資料は、教育相談以外には使用いたしません。

記入者 : _____