

# 教育相談票 (知的障害)

【保護者記入用】

記入日 年 月 日

ふりがな 生徒氏名		性別		生年 月日	平成 年 月 日生
ふりがな 保護者氏名		続柄		職業	
現住所	〒 日中連絡の取れる電話番号 ( : )				
現在の 在籍 <small>当てはまる番号に○を付けてください。</small>	学校名 ( ) 1 特別支援学級 【知的障害、 自閉・情緒、 その他 ( ) 】 2 通常の学級 3 通級 【 言語、 その他 ( ) 】 4 特別支援学校 ( 知的障害、 その他 ( ) )				
障害名 (診断名等)		主な 疾患等	・現在治療中の疾患 ない ある 疾患名( ) ・てんかん発作 ない ある		
療育手帳		身体障害者手帳		精神障害者保健福祉手帳	
A ・ B ・ なし 年 月 日 取得		級 種 ・ なし 年 月 日 取得		級 ・ なし 年 月 日 取得	
家族構成	家族 ( ) 人(本人含む) 父、 母、 兄、 姉、 弟、 妹、 祖父、 祖母、 その他 ( )				
志願の理由					
志望校	第1志望		第2志望		
高等部卒業後の 進路希望	本人		保護者		
通学方法	本校に入学した場合、どのような方法で通学したいと考えていますか。当てはまる番号に○を付けてください。 1 自力通学 2 保護者の送迎 3 スクールバスを利用 4 その他 自力通学やその他を選んだ場合は、具体的な方法をご記入ください。 ( )				
その他 (健康面での 配慮事項や 学習面での 要望等)					

・当てはまる項目を○で囲み、該当事項を記入してください。 学級担任と御相談の上御記入ください。

・個人情報 は 目的外での使用はいたしません。