

教育相談個票 1 (保護者用)

相談日 令和 年 月 日
担当者

生徒氏名	〔 男・女 〕 平成 年 月 日生				
現住所					
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	WISC ・ 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					

教育相談個票 2 (担任用)

相談日 令和 年 月 日
面談担当者

生徒氏名 <small>ふりがな</small>	(男・女) 平成 年 月 日生			
現住所				
担任氏名 <small>ふりがな</small>				
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 () -			
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 ・ 田中ビネー (どちらかに○)	
		検査結果		
		実施年月日		
		検査機関		
		検査の名称	S-M社会生活能力検査	
		検査結果		
	実施年月日			
検査機関				
所持している手帳等	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		