

就学相談シート

岐阜県立揖斐特別支援学校

相談日・時間	平成28年 月 日 () : ~ :	相談者	
--------	---------------------	-----	--

* 下記の太枠内についてご記入ください。

ふりがな 児童生徒氏名		性別		生年月日	平成 年 月 日生
				満年齢	歳 か月
在籍学校・園等				担任名	
在籍学年・学級	年 (通常 ・ 知的 ・ 情緒 ・ 肢体 ・ 病弱)				
住所 (住民票記載住所)	〒 -				
電話 連絡のとれるTEL					
ふりがな 保護者氏名	(続柄)				
家族構成	氏名	続柄	氏名	続柄	
主な障がい名				診断機関	
関係療育機関 病院名				担当 主治医	
療育手帳	無 ・ 有 (区分:)			最新判定 (平成 年 月)	
身体障害者手帳	無 ・ 有 (級 種)			最新判定 (平成 年 月)	
精神障害者手帳	無 ・ 有 (級 種)			最新判定 (平成 年 月)	
福祉サービス受給者証	無 ・ 有 (内容:)			最新交付 (平成 年 月 日)	
相談したい事柄					
希望する就学先	第1希望 () 第2希望 ()				
特に配慮して欲しいこと					
本校への期待・希望					
通学方法の希望	スクールバス・自家用車送迎・公共交通機関・自転車 その他 ()				
継続相談の希望	有 ・ 無				
備考欄					