

① 教育相談記録表

記入日	平成 年 月 日	現籍校		市立 学校				
		県立 特別支援学校 中学部						
ふりがな 生徒氏名		性別	男・女	中学校在籍学級の区分 特別支援学級（知的・情緒） 通常学級				
生年月日	H 年 月 日（ 歳）	担任名						
ふりがな 保護者氏名		訓練・ 医療機関名						
〒		現住所						
		電話< > -						
家族構成	氏名	続柄	年齢	備考 (社・教等)	氏名	続柄	年齢	備考 (社・教等)

障がい名			療育手帳 有・無 現在：平成 年 月 日 (判定) (A1・A2・B1・B2) 交付：平成 年 月 日交付 (A1・A2・B1・B2)
	障がい起因 病名 (診断者)	身体障害者手帳 有・無 種 級 (障害の種別)	
	障がいの程度 及び状況	特別支援学級在籍開始時期 〔小学部1年入学時から特別支援学校 の場合は記載しなくてよいです〕 小学校 年・中学校 年	
障がいの状況	身体等の状況	発作	なし あり (てんかん・ぜんそく・その他) (服薬名) (服薬時間)
		言語	発語有 特記なし・聞き取りにくい (吃音 発音不明瞭) 発語無
		視覚	特記なし 要配慮 ()
		聴覚	特記なし 要配慮 ()
		疾病	
		情緒	比較的安定 パニック顕著 (具体的場面:) 服薬 あり・なし
		その他	食物アレルギー → なし あり (アレルゲン:) <input type="checkbox"/> 学校給食で配慮を要する その他のアレルギー → なし あり (鼻炎・花粉症・その他)

通学の方法	希望する通学方法に○を付けてください。 ・自力通学（ 路線バス ・ 鉄道 ・ 徒歩 ・ 自転車 ） ☆自転車： 乗れる 乗れない 最寄りの駅、バス停を記入 （駅： バス停： ） ・スクールバス ・保護者送迎 ・その他 （ ）		
治療・訓練状況	治療・訓練機関（主治医等）	時期・期間	内容等
高等部になって 取り組みたいこと			
交友関係			
卒業後の進路希望	<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 福祉就労 <input type="checkbox"/> その他		

家庭での様子

主な余暇の楽しみ方 (ゲーム・映画・読書など)	
普段行っている家事 <input type="checkbox"/> 買い物 ・金銭の取扱 ・商品の選別 <input type="checkbox"/> 料理 ・包丁、火の使用 ・準備、後片付け ・洗い物 <input type="checkbox"/> その他 (清掃、机拭き、洗濯物たたみ等)	
公共交通機関の利用 経験 (電車・バスなど)	
参加している地域活動 やサークル活動	
その他 特に伝えたい事項	

他に考えている進路 (他の特別支援学校 高等学校 その他)	
-------------------------------------	--

※記入に際し、ご不明な点があれば空欄でもかまいません。

また、本資料は、生徒の実態を把握し、適切な教育相談の一助にする目的以外は使用いたしません。