



就学・入学相談記録

中濃特別支援学校 中学部

相 談 日	平成 年 月 日	在籍学校	学 校					
ふりがな ※児童生徒名		学級名	特別支援学級 (学級・ 年) 知的学級 ・ 情緒学級 ↑○を付けてください。					
生 年 月 日	年 月 日 生	担任名						
年 齢 ・ 性 別	歳 男 ・ 女	※児童生徒名、保護者名、及び現住所の欄は、住民票の記載どおりにご記入ください。						
ふりがな ※保護者名								
※ 現 住 所	郵便番号							
	現 住 所							
	電話番号							
緊 急 連 絡 先	第1連絡先	☎			連絡相手名等			
	第2連絡先	☎			連絡相手名等			
家 族 構 成	名 前	続柄	年齢	備考 (職業・学校等)	名 前	続柄	年齢	備考 (職業・学校等)

生育歴

障 がい 名	・ ()	療 育 手 帳	A 1	A 2	B 1	B 2
障害起因病名 (診断時期)	・ ()	(取得年月日)	平成	年	月	日
	・ ()	身体障害者手帳	種		級	
		(取得年月日)	平成	年	月	日
食物アレルギーの有無	有 ・ 無 ※有無どちらかに○を付け、(有)場合は、アレルギーのある食品を記入してください。					
服薬・医療的ケアについて						
その他	※障がい等に関する特記事項を記入してください。(発作の有無、パニックの様子など)					