

※保護者が事前に記入し、相談の際にお持ちください。

# 教育相談票（高等部）

令和 年 月 日記入

相談者氏名	(保護者名) 続柄 ( )	(担任名)
(ふりがな) 本人の氏名	(男・女) 生年月日：平成 年 月 日生 ( 歳)	
現住所	〒 - 連絡先(電話)：( ) - (勤務先)：( )	
現在の在籍校	クラス名	通常 ・ 特別支援学級 (クラス名： )
生育歴	教育機関・療育機関(園、センター、学校)	医療機関
家族構成		
障がいの状況	主な障がい名・障がいの状況： 障がいの診断：(あり ・ なし) 病院名( )	
手帳	身体障害者手帳 (種 級) 取得年月日 (年 月 日)	療育手帳 (A ・ B) 取得年月日 (年 月 日)
	福祉医療費受給者証 (有 ・ 無)	
<b>発 達 の 状 況</b>		
<b>【健康面】</b> ・服薬：なし ・ あり (薬： ) ・発作：なし ・ あり (頻度： )、(最終発作： ) ・心臓管理表：なし ・ あり (病名： ) ・腎臓管理表：なし ・ あり ・アレルギー：なし ・ あり (内容： ) ※その他の疾患・疾病等		

**【身体の状況】**

○移動（姿勢）

○食事・排尿・排便・衣服の着脱

**【社会性】**

○コミュニケーション（意思の伝達、言語理解、言語表現）

○対人関係（先生や友達との関係、どのような関わり方を好むかまたは好まないかなど）

○家庭での様子

**【学習の状況】**

○教科・学習等

**【福祉サービス利用状況】** ※日中一時支援、放課後等デイサービス等

**【高等部卒業後の進路】**

**【その他】**

<b>希望する 通学方法</b>	<input type="checkbox"/> スクールバス <input type="checkbox"/> 保護者送迎 <input type="checkbox"/> 自力通学
	*SBバス停までの方法 ( 自力 ( 徒歩 ・ 自転車 )      保護者送迎 ( 徒歩 ・ 自家用車 ) )