

教育相談票<保護者記入用>

相談日: 令和 年 月 日

ふりがな			生年月日
氏名			平成 年 月 日生
住所	〒 <div style="text-align: right;">TEL () -</div>		
病名 診断名			
診断を受けた病院・時期			
薬名 服用目的			
身障者 手帳	・有 (1級 ・ 2級 ・ 3級) ・無 (肢体 ・ 内部 ・ 視覚 ・ 聴覚)	療育 手帳	・有 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2) ・無
精神障害 者保健福 祉手帳	・有 (1 級 ・ 2 級 ・ 3 級) ・無	手帳取得に対する特記事項	
療育 教育歴	時期	学校(学級)・施設名	期間(○年○月～○年○月)
	就学前		
	小学校		
	中学校		
	高等学校		
利用サービス・ ショートステイ等	機関・施設名	期間(○年○月～○年○月)および内容	

