

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	

保護者		続柄	勤務先及び電話番号		
ふりがな 氏名			TEL () -		
家族構成					
家族氏名	続柄	職業等	家族氏名	続柄	職業等

保護者の願い (入学・転入学後、本校の教育に期待すること)	
健康、日常生活、学習、集団生活などに関して困っていること	
希望する通学方法	スクールバス() ・ 自家用車送迎 自力通学(公共交通機関 ・ 自転車 ・ 徒歩) ・ その他()
当校への入学	希望する ・ 希望しない ・ 迷っている()