

岐阜県立西濃高等特別支援学校 教育相談＜保護者用調査用紙＞

相談日 令和 7 年 月 日

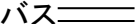
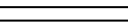
記入者氏名 ()

※ ご記入いただいた情報については、西濃高等特別支援学校教育相談以外の用途には使用しません。
また、個人情報については、適正に管理します。

※ この用紙に書かれた内容については、高等特別支援学校入学者選抜の可否には関係しません。

ふりがな 生徒氏名		男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日
現住所	市 ・ 郡 町 ・ 村 Tel () -			
ふりがな 保護者氏名		続柄		
現住所	・ 生徒に同じ ・			
在籍(出身) 学校名	中学校【 通常学級 ・ 特別支援学級 (知的、 自閉症・情緒) 】 特別支援学校 中学部			
障がいがあることを証明する書類	療育手帳	区分		次回更新 令和 年 月
	その他	1	子ども相談センターまたは 知的障害者更生相談所による判定	
		2	申請中・申請予定	
知的障がい以外の障がいの有無	有 () ・ 無 手帳がある場合 手帳 級			
配慮が必要な疾病の有無	有 () ・ 無			
教育相談を受ける居住地域の知的 障がい者を対象とする特別支援学校名	特別支援学校			
中学校での 欠席状況 (遅刻数)	1 年生	年間 5 日以内 ・ 年間 6 ～ 2 9 日 ・ 年間 3 0 日以上 ・ (遅刻 回)		
	2 年生	年間 5 日以内 ・ 年間 6 ～ 2 9 日 ・ 年間 3 0 日以上 ・ (遅刻 回)		
	3 年生	年間 5 日以内 ・ 年間 6 ～ 2 9 日 ・ 年間 3 0 日以上 ・ (遅刻 回)		
西濃高等特別 支援学校を 希望する理由				
現時点での 希望進路	【 】 西濃高等特別支援学校 【 】 岐阜清流高等特別支援学校 【 】 特別支援学校高等部 【 】 高等学校 【 】 その他 () ※ 【 】 内に、希望する進路先の順に数字を記入してください。			

※裏面へ続く

西濃高等特別 支援学校への 通学方法と ルート	鉄道  バス  自転車  徒歩  自家用車 
	(記入例) 自宅  ○○バス停  ^{○○バス} _{△△線} ○○駅  JR 大垣駅  養老鉄道 友江駅  西濃高等特別支援学校
	Empty space for drawing the route