

# 教育相談票

(太枠内を可能な範囲でご記入ください)

相談日	年	月	日	記入者( )	本人との続柄( )
(ふりがな) 対象者名	(男・女)		生年月日	年 月 日( 歳)	
所属	立		学校・園		年
	特別支援学級在籍(知・自情・肢体・その他( )) / 通常学級在籍				
保護者名	続柄( )				
現住所	〒 電話:				
同居家族構成(名前、年齢、続柄、所属など)			診断の有無: あり・なし ※「あり」の場合にご記入ください ・診断・障害名: ・診断施設:		
生育歴・相談歴(これまでに受けた相談、療育、訓練など)			手帳の有無: あり・なし ※「あり」の場合にご記入ください ・療育手帳( A・B1・B2・申請中 ) ・身体障害者手帳( 種 級・申請中 )		
病歴(疾病名、期間など) ※健康面で配慮が必要なことがあればお書きください			服薬の有無: あり・なし ※「あり」の場合にご記入ください ・薬名: ・回数: 一日 回		
生活面で配慮が必要なこと (身辺自立、集団参加、行動や健康、コミュニケーションなど)			発作の有無: あり・なし ※「あり」の場合にご記入ください ・いつ頃から: ・頻度:		
認知・学習面に関する様子(言葉、数、発達検査など)			定期通院の有無: あり・なし ※「あり」の場合にご記入ください ・病院名: ・主治医: ・頻度:		
			移動の介助: 要・不要 ※「要」の場合にご記入ください ・場面:		

※裏面も記入をお願いします。

相談したい内容に○をつけてください（ 学校生活 ・ 学習面 ・ 生活面 ・ 進路 ・ 子育て ・ その他 ）

<相談事項>

<記録>