

令和3年度 岡山県立岡山西支援学校 高等部教育相談 個人票

※書ける範囲でご記入ください。

教育相談日		令和 年 月 日 ()	相談者(続柄)	()
ふりがな 生徒名			平成 年 月 日生	
学 校 名		中学校 年	通常・特別支援() [知的・情緒]	担任名 先生
保 護 者 名			住所	(〒)
			電話番号	() -
障 害 の 状 況	診断名		検査名 (実施日)	(平成・令和 年 月 日)
		診断病院 医 師 名 ()	検査結果	
	手帳の有無	療育手帳 有 (A ・ B) 無	身障者手帳 有 (種 級) 無	
	他の障害	視覚・聴覚・肢体不自由・病弱 ()		
その他の疾病 既往症等				
入学希望		本 人 (有・無・迷)	保 護 者 (有・無・迷)	併 願 (有・無・迷)
公共交通機関等の利用		○バス・・・1人で乗れる 1人で乗れない ○JR・・・1人で乗れる 1人で乗れない ○自転車・・・乗れる 乗れない (備考:)		
通 学 方 法		現在 (中学校まで) 入学後の希望 ()		
相談内容				
備考欄				