

教 育 相 談 用 紙

岡山県立岡山西支援学校

場所		相談年月日	令和 年 月 日（ ）
時間	： ～ ：	相談者名	

以下の項目にご記入の上、当日受付で提出してください。よく分からない項目は空けておいてください。

	本 人	保 護 者	
ふりがな 氏 名		本人との続柄（ ）	
生年月日	年 月 日生		
現住所	〒 () 小学校区 () 中学校区	連絡方法 電話番号	
学 区		年 齢	
在学学校園名		学 年	
在籍学級等	通常学級 ・ 特別支援学級		
家族構成			
手帳交付	療育手帳（ A ・ B ） ・ 無 その他取得している手帳（ ）		
診断名			
医療機関			
服 薬			
食物 アレルギー	有（ ） ・ 無		
療育・訓練等			
検査等	年 月	事 項（機関、内容、検査結果等）	
通学方法	（本校に通学することになった場合）		