

相談日 令和 年 月 日 記入者() 本人との続柄()

ふりがな 本人名	性別 ()	生年月日 年 月 日
学校名	立 () 学校・園 年(通常学級・特別支援学級)在籍	
ふりがな 保護者名	続柄()	
現住所	電話:	
診断の有無:あり・なし 診断名: 診断施設: () 歳時 手帳の有無:あり・なし ・療育手帳() 判定 ・身障者手帳: 種 級	家族構成	
保育・通園・就学歴	現在受けている訓練・療育など	
生活面で配慮が必要なこと (身辺自立、集団参加、感覚、行動など) 認知、学習面に関するお子さんの様子をお書きください ・国語(ことば、もじ) ・算数(かず、かたち)	病歴(疾病名、期間など) 現在の健康状態について ・通院(あり・なし) ・服薬(あり・なし) ・発作(あり・なし) 移動の介助(要・不要) その他、健康面で配慮が必要なことがあればお書きください	
相談したい内容に○をつけてください(学習面・生活面・進路・子育て・その他) <相談事項>		

※ここにご記入いただいた情報は教育相談以外には使用いたしません。担当者()()