

【保護者記入用】 教育相談当日に御持参ください。

ふりがな 生徒氏名		生年月日	平成	年	月	日	
ふりがな 保護者		住所	〒				
		電話番号	-				
在籍	学校名：	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級指導教室利用 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ 年） （知・自情・肢・視・聴・病） （小・中）の（ ）年時より在籍 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	診断	診断	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	担任名：		医療機関	受診	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 受診予定
			障害者手帳	【療育手帳】	<input type="checkbox"/> 有（ A1・A2・B1・B2 ）		
登校状況	<input type="checkbox"/> 特に問題なく登校できている <input type="checkbox"/> 登校渋りや欠席が多い （ ）			【身体障害者手帳】	<input type="checkbox"/> 有（ 種 級 ）		
				【精神障害者保健福祉手帳】	<input type="checkbox"/> 有（ 級 ）		
福祉 サービスの 利用	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 相談支援専門員（事業所名： 、担当者名 ）						

- 1 進路希望 ※現時点の進路希望の順番を【 】の中に御記入ください。
- 【 】 天草支援学校高等部への進学を考えている
 - 【 】 他校への進学も考えている（学校名： ）・・・説明会等への参加済（予定）
 - 【 】 天草支援学校高等部への転入を考えている

2 本人の家庭での様子

興味関心 苦手なもの	
身辺自立 ※支援を要する場合は 具体的に記入してください	<input type="checkbox"/> 身の回りのことは、概ね一人のできる <input type="checkbox"/> 一部の支援が必要 <input type="checkbox"/> 多くの支援が必要
コミュニケーション 意思表示、指示理解 等	
行動面	
身体・健康面	【服薬】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【食物アレルギー】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

3 通学方法について

- 【現在の通学方法】 徒歩 ・ 自転車 ・ 保護者送迎 ・ 移動支援利用（ ）
- 【入学した場合の通学方法】 ※現時点でのお考えで構いません
徒歩 ・ 自転車 ・ 路線バス ・ 保護者送迎 ・ 移動支援利用（ ）

4 御質問・御相談がありましたら、御記入ください