

教 育 相 談 用 紙

岡山県立岡山東支援学校

場 所		相談年月日	令和 年 月 日 ()
時 間	: ~ :	相談者名	

	本 人	保 護 者	
フリガナ 氏 名	男 女		
生年月日	平成 年 月 日生	本人との続柄 ()	
現住所	〒 ()小学校区 ()中学校区	連絡方法 電話番号	
学 区		学 年	
在 school 園名		通学方法	
在籍学級	通常学級 ・ 特別支援学級		
家族構成			
手帳交付	身体障害者手帳 (種 級)、療育手帳 (A ・ B)、無		
障 害 名			
医ケアの有無	有 [吸引・経管栄養・導尿・その他 ()] ・ 無		
アレルギーの有無	有 () ・ 無		
相談機関			
医療機関 (主治医・ リハビリ等)			
検査等	年 月	事 項 (機関、内容、検査結果等)	
生育歴 教育歴 病 歴	年月～年月	事 項 (周産期の様子、学校園名、既往症歴)	
相談したいこと			

1 聴力（聞こえ等）
2 視力（見え方等）
3 日常生活の様子（食事、着脱衣、排泄、洗面等）
4 情緒の様子（自閉、多動、自傷等の傾向、表情等）
5 言語の様子（言語理解、表出言語、構音障害等）
6 対人関係（挨拶、遊び、会話等）
7 姿勢の様子（立位、座位等）
8 移動の様子（走、歩行、伝い歩行、四つ這い、腹這い、寝返り等）
9 その他（合理的配慮等）