

# 教育相談用紙

小学部学校公開用

岡山県立岡山東支援学校

お子様の教育相談に使用しますので、差し支えない範囲で、ご記入をお願いいたします。  
ご記入いただいた情報は、教育相談に使用するとともに、お子さまが本校に入学することになった場合に入学に向けた準備を行うために使用します。目的以外には使用しません。  
上記の個人情報の取り扱いに同意いただける場合、ご署名をお願いいたします。

保護者署名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

お子様のお名前		生年月日	
ふりがな		平成	
漢字		年 月 日	
〒		令和	
現住所		連絡方法 電話番号	
学区	( )小学校区 ( )中学校区	学年	
在学学校園名		希望通学方法	
在籍学級	通常学級 ・ 特別支援学級		
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 [食物 ( )・食物以外 ( ) その他 ( )] ・ 無		
食形態	普通食 ・ きざみ食 ・ ミンチ食 ・ パースト食		
相談したいこと (困難があることに☑してください)			
<input type="checkbox"/> 聴力 (聞こえ、補聴器の使用等)		<input type="checkbox"/> 視力 (見え方、眼鏡の使用等)	
<input type="checkbox"/> 肢体不自由 (体の動き、歩行等)		<input type="checkbox"/> 病弱 (病気や医療的な支援、アレルギー等)	
<input type="checkbox"/> 認知力 (ことば、数、表現、理解力等)		<input type="checkbox"/> 情緒 (自閉、多動、自傷等の傾向、表情等)	
<input type="checkbox"/> 対人関係 (遊び、コミュニケーション、集団生活等)			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

<以下の欄は学校が使用します>

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