（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**[保護者記入用]**

教育相談面接票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 受付番号 | ＊　　　　　　番 |
| 　 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
|  |  | 続柄 |  | 職業 |  |
| 現住所 | 〒（　　　―　　　　）電話番号（　　　　）　　　― |
| 障害名（病名等） |  |
| 手　帳 | 療育手帳 | 身体障害者手帳 | 精神障害者保健福祉手帳 |
| A　・　Ｂ　・ なし | 種　級・ なし | １級・２級・３級・なし |
| 家族構成 | 　家族　（　　　　　　）人　該当する項目すべてに○を付けてください。　（　父，　母，　祖父，　祖母，　兄，　姉，　弟，　妹，　その他　　　） |
| 本人の状況 | １　就学　　学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　該当する項目に○を付けてください。　・特別支援学級＜知的障害，肢体不自由，病弱・身体虚弱，弱視，難聴，自閉症･情緒障害＞　　・通常の学級　　・通級＜　言語，　その他（　　　　　　　　　）＞・特別支援学校＜知的障害＞２　就労　　勤務先（　　　　　　　　　　　　　　　　）３　在宅４　施設　　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主　な　疾　病　歴 | 疾病名 | 服薬 | 主治医 |
| 病院名 | 医師名 |
| てんかん | 有　， 無 | 有（１日　　回）， 無 |  |  |
|  | 完 治 ，治療中 | 有（１日　　回）， 無 |  |  |
|  | 完 治 ，治療中 | 有（１日　　回）， 無 |  |  |
|  | 完 治 ，治療中 | 有（１日　　回）， 無 |  |  |
|  | 完 治 ，治療中 | 有（１日　　回）， 無 |  |  |
| 配慮事項 |  |

記入上の注意；当てはまる項目を○で囲み，該当事項を記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　学級担任と御相談の上御記入ください。なお，＊の欄は記入しないこと。

（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（具体的に記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現　在　の　様　子 | 知　的理　解 | 会　話 |  |
| 文　字 |  |
| 数　量 |  |
| その他 |  |
| 身　辺処　理 | 排せつ |  |
| 食　事 |  |
| 衣服の着脱 |  |
| その他 |  |
| 社会性 | 対人関係 |  |
| 集団参加 |  |
| 性格行動面の特徴 | 性格 |  |
| 行動 |  |
| 興味・関心 |  |
| １ 高等部志願の理由 |  |
| ２ 高等部卒業後の進路希望 | 本　人 | 保護者 |
|  |  |
| ３ 通学方法 | 　１　自力通学　　　２　保護者の送迎　　３　その他上記の番号に○を付け，具体的な方法を御記入ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ふれあい乗車証の有無　　　 　有 ・ 無 |
| ４ その他（学習上の要望等） |  |