

教育相談受付票

教育相談日	令和 年 月 日 ()	記入しない	担当	
-------	--------------	-------	----	--

ふりがな 幼児児童 生徒氏名			性別	年齢	歳	
ふりがな 保護者氏名		続柄	生年月日	年	月	日生
現住所	〒 _____					
電話番号	自宅		携帯電話			

在籍園(所) 校名			年組	
学級の種類	通常の学級	通級による指導 有 ・ 無 (学校名)		
	特別支援学級	知的障害 肢体不自由 自閉症・情緒障害 その他 ()		
ふりがな 担任氏名			来校者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者(父 母 その他) <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> その他()

手帳について	療育手帳	有・無	Ⓐ A Ⓑ B	交付日	年 月 日	次回の 判定日	年 月
	身体障害者手帳	有・無	種 級	交付日	年 月 日	次回の 判定日	年 月
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	級	交付日	年 月 日	次回の 判定日	年 月
診断について		時期	年 月 日	診断機関 (主治医)			
		時期	年 月 日	診断機関 (主治医)			
		時期	年 月 日	診断機関 (主治医)			
検査の記録		実施日	年 月 日	実施機関			