

教育相談票

和歌山大学教育学部附属特別支援学校

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	男 女	年 月 日	年齢	歳
保護者名		続柄		電話番号		
住所	〒			小学校区		
在宅・通園、通学校	園、学校等名		学年等			
相談機関	機関名 内容及び頻度					
病院等 (眼科含む)	病院等名		主治医			
放課後デイ			その他			
障害名 ()	手 帳 等	療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2			
診断時期・場所等 ()		精神手帳	級			
		身障手帳	種 級			
今日、相談したいこと						
現 在 の 様 子	言葉・コミュニケーション社会面					
	認知・適応面					
	運動面					
	行動面					
	その他、気がかりなこと等					
※備考（眼鏡、補聴器等の活用について、着用開始時期、現在のものはいつから使っているか、わかる範囲でお書きください。）						