**教　育　相　談　個　票**

三愛学舎

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生　徒 | ふりがな氏　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 現　住　所 | 〒(　　　－　　　) |
| 保護者 | ふりがな氏　名 |  | 生徒との続柄： |
| 在籍校 | 学校名 |  |
| ふりがな担任名 |  |
| 家族構成 | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 職業（勤務先又は学校名） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 希望理由 |  |
| 各種手帳 | 療育(知的)手帳 | 無・有 | 有の場合判定（　　） | 　　年　　月　　日　取得 |
| その他(身体・精神)手帳 | 無・有 | 有の場合判定（　　） | 　　年　　月　　日　取得 |
| 知能検査記録 | 検査の名称 | 結　果 | 検査年月日 | 検査者(所属) |
|  |  | 　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　年　　月　　日 |  |
| 障がいに関する記録 | 診断を受けた機関 | 診断された障がい名 |
|  |  |
|  |  |

※各種資料や保護者からの聞き取りを基に、担任が記入してください。

※本書は、教育相談を目的としたものであり、プライバシーの保護には格段の配慮をします。

※年月日は西暦で記入お願いします。