教育相談事前調査票　　　　　令和　　年　　月　　日　記入者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | 教 育 相 談 日 時 | 受 付 番 号 |
| 氏　名　　　　　 | 令和　　年　　月　　日（　）時　　分～　　　時　　分 | ＊ |
| 年　　　月　　　日生 | [ ] 男　[ ] 女 | 来校回数 | [ ] 初回　[ ] 　　回目（前回令和　　年） |
| 現住所　〒　　－ | 保護者電話番号 |
| ふりがな | 保護者メールアドレス[ ] 教育相談に関わる情報は受信しない |
| 保護者氏名　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在籍学校名・学年 | 学校　学年 | 電話番号 |  |
| 学 級 | [ ] 中学校（[ ] 支援学級（[ ] 肢[ ] 知[ ] 情[ ] 病）[ ] 普通学級）[ ] 養護学校（ [ ] 普通 [ ] 重複／[ ] 通学 [ ] 寄宿舎利用） | 担任氏名 |  |
| メールアドレス |  [ ] 教育相談に関わる情報は受信しない |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害・疾病等名（障害による配慮事項） |  | [ ] 感覚[ ] 認知[ ] 視覚[ ] 聴覚[ ] 言語 [ ] その他（ ） |
| 身体障害者手帳 | [ ] 有（　　種　　級　・　　　年　　月　　日交付）　　 [ ] 無　　 [ ] 申請中 |
| 療育手帳 | [ ] 有（　　　　判定　・　　　年　　月　　日交付）　　 [ ] 無　　 [ ] 申請中 |
| 生育歴･特記事項 |  |
| 医 療 機 関 | 診 療 科 | 通 院 目 的 | 頻 度 | 投 薬 ・ 特 記 事 項 な ど |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 障害状況・支援内容 | 移動 | [ ] 独立歩行　 [ ] 杖　 [ ] 車いす（自走）　 [ ] 車いす（電動）　 [ ] 装具 |
| 食事 | [ ] 自立　 [ ] 介助が必要（支援内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | [ ] 自立　 [ ] 介助が必要（支援内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入浴 | [ ] 自立　 [ ] 介助が必要（支援内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療的配慮（導尿・摘便等）　 [ ] 有（ [ ] 自立　 [ ] 介助が必要（内容：　　　　　　　））　 [ ] 無（配慮事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 学習状況 | 学習進度 | 国語 | [ ] 中３[ ] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５[ ] 小４以下（学習内容： 　　　　　 ） |
| 数学 | [ ] 中３[ ] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５[ ] 小４以下（学習内容： 　　　　　 ）： 　　　　 ） [ ] 中３[ ] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５小４以下（学習内容： 　　　　 ） |
| 英語 | [ ] 中３[ ] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５[ ] 小４以下（学習内容： 　　　　 　 ） |
| その他 | 学習内容 |
| 学習の様子 | 書字 | [ ] 自力で可能 [ ] ICT機器を活用[ ] 代筆 [ ] その他（ 　　　　） |
| 入力 | [ ] 自力でキーボード入力が可能 [ ] 専用の入力機器を使用 [ ] ICT機器を活用 [ ] 介助が必要 |
| 個別の教育支援計画 | [ ] 有　　　　 [ ] 無 | 前年度の出席状況（　　　）日出席／（　　　）日中欠席理由: |
| 興味・関心・生活上の配慮など |
|  |
| 本校志望予定 | [ ] 有　 [ ] 無 | 志望学科 | 第1:　　　　　第2:　　　　　第3: |
| 他校志望予定 | [ ] 有　 [ ] 無 | 高校卒業後の進路希望 | 本人:　　　　　　　　　　保護者: |
| 教育相談への要望など | [ ] 学習の相談 [ ] 生活の相談[ ] 進路の相談 [ ] コミュニケーションの相談[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 健康相談時の本人別室対応[ ] 希望する [ ] 希望しない |

＊本票は､下記の宛先まで郵送をお願いします｡個人情報は、本校｢個人情報ガイドライン｣に沿って厳正に取り扱います。

〒068-0014　岩見沢市東町2条8丁目960番地3 岩見沢高等養護学校 地域連携部 教育相談係宛 ℡0126-23-5055

＊本票は､下記の宛先まで郵送をお願いします｡個人情報は、本校｢個人情報ガイドライン｣に沿って厳正に取り扱います。

〒068-0014　岩見沢市東町2条8丁目960番地3 岩見沢高等養護学校 地域連携部 教育相談係宛 ℡0126-2-5055

教育相談事前調査票(記入例)　令和　７年　５月１０日　記入者　　　記入太郎

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな　　そうだん　　はなこ | 教 育 相 談 日 時 | 受 付 番 号 |
| 氏　名　　　　　　相談　　花子 | 令和　　年　　月　　日（　）時　　分～　　　時　　分 | ＊（記入不要） |
| 平成２０年　　８月　３０日生 | [ ] 男　[x] 女 | 来校回数 | [ ] 初回　[x] 　２回目（前回令和　３年） |
| 現住所　〒068－0014岩見沢市東町2条8丁目96番地3 | 保護者電話番号0126-23-5055 |
| ふりがな　　　そうだん　あきこ | 保護者メールアドレスIwamizawakoutouyougo-z0@hokkaido-c.ed.jp希望する場合は　[x] 教育相談に関わる情報は受信しない |
| 保護者氏名相談　亜希子 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在籍学校名・学年 | 岩見沢市立相談中　　学校　　　３学年 | 電話番号 | 0126-23-5130 |
| 学 級 | [x] 中学校（[x] 支援学級（[x] 肢[ ] 知[ ] 情[ ] 病）[ ] 普通学級）[ ] 養護学校（ [ ] 普通 [ ] 重複／[ ] 通学 [ ] 寄宿舎利用） | 担任氏名 | 担任　五朗 |
| メールアドレス | Iwamizawa-soudan@school.ne.jp 　　　希望する場合は⇒ [x] 教育相談に関わる情報は受信しない |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害・疾病等名（障害による配慮事項） | 脳性麻痺 | [ ] 感覚[x] 認知[ ] 視覚[ ] 聴覚[ ] 言語 [ ] その他（ ） |
| 身体障害者手帳 | [x] 有（　１種　１級　・　平成２２年７月１０日交付）　 [ ] 無　　 [ ] 申請中 |
| 療育手帳 | [x] 有（　Ｂ　判定　　・　平成２４年９月　７日交付）　 [ ] 無　　 [ ] 申請中 |
| 生育歴･特記事項 | ・早産低出生体重児、脳性麻痺の診断、発達支援センターでPT・OTを継続。・小4までてんかん発作があった。現在は服薬により発作は見られない。 |
| 医 療 機 関 | 診 療 科 | 通 院 目 的 | 頻 度 | 投 薬 ・ 特 記 事 項 な ど |
| こども発達支援センター | 整形外科 | 定期健診、リハビリ | 月1回 |  |
| 岩見沢医科大学病院 | 小児科 | 経過観察のため | 3ヶ月に1回 | 朝夕食後にテグレトールを服用 |
|  |
| 障害状況・支援内容 | 移動 | [ ] 独立歩行　 [ ] 杖　 [x] 車いす（自走）　 [ ] 車いす（電動）　 [ ] 装具 |
| 食事 | [x] 自立　 [ ] 介助が必要（支援内容：食べにくい食材は一口大に切る　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | [ ] 自立　 [x] 介助が必要（支援内容：下衣の着脱の介助が必要　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入浴 | [ ] 自立　 [x] 介助が必要（支援内容：更衣、移動、洗身、湯船につかる際に介助が必要　　　） |
| 医療的配慮（導尿・摘便等）　 [ ] 有（ [ ] 自立　 [ ] 介助が必要（内容：　　　　　　　））　 [x] 無（配慮事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 学習情況 | 学習進度 | 国語 | [x] 中３[ ] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５[ ] 小４以下（学習内容： 　　　　　 ） |
| 数学 | [ ] 中３[x] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５[ ] 小４以下（学習内容： 　　　　　 ）： 　　　　 ） [ ] 中３[ ] 中２[ ] 中１[ ] 小６[ ] 小５小４以下（学習内容： 　　　　 ） |
| 英語 | [ ] 中３[ ] 中２[x] 中１[ ] 小６[ ] 小５[ ] 小４以下（学習内容： 　　　　 　 ） |
| その他 | 学習内容　自立活動では歩行訓練や巧緻・協調性訓練を主に行っている。 |
| 学習の様子 | 書字 | [ ] 自力で可能 [x] ICT機器を活用[ ] 代筆 [ ] その他（ 　　　　） |
| 入力 | [ ] 自力でキーボード入力が可能 [ ] 専用の入力機器を使用 [x] ICT機器を活用 [ ] 介助が必要 |
| 個別の教育支援計画 | [x] 有　　　　 [ ] 無 | 前年度の出席状況（　１８）日出席／（１９０）日中欠席理由 : 入院、体調不良 |
| 興味・関心・生活上の配慮など　　タブレットでの描画やフロアバレーに興味がある。 |
|  |
| 本校志望予定 | [x] 有　 [ ] 無 | 志望学科 | 第1:　普通科　　第2:　生活科学科　　第3:商業科 |
| 他校志望予定 | [ ] 有　 [x] 無 | 高校卒業後の進路希望 | 本人:　福祉的就労　　　　保護者:　一般就労 |
| 教育相談への要望など | [x] 学習の相談 [x] 生活の相談 [x] 進路の相談 [ ] コミュニケーションの相談[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 健康相談時の本人別室対応[ ] 希望する [x] 希望しない |

＊本票は､下記の宛先まで郵送をお願いします｡個人情報は、本校｢個人情報ガイドライン｣に沿って厳正に取り扱います。

〒068-0014　岩見沢市東町2条8丁目960番地3 岩見沢高等養護学校 地域連携部 教育相談係宛 ℡0126-23-5055