

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		
保護者氏名		☐ 教育相談に関わる情報は受信しない		

在籍学校名・学年	学校 学年	電話	
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

機	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:)			

習 状 の 様	国語	☐ 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:)		
		☐ 中3 ☐ 中2 ☐ 中1 ☐ 小6 ☐ 小5 ☐ 小4以下 (学習内容:)		
		学習内容		
	書字	☐ 自力で可能 ☐ ICT 機器を活用 ☐ 代筆 ☐ その他 ()		
		☐ 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		
		個別的教育支援計画	☐ 有 ☐ 無	前年度の出席状況 () 日出席 / () 日中 欠席理由:

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、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 TEL0126-23-5055

教育相談事前調査票(記入例)

令和 8 年 5 月 1 0 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		令和 年 月 日 ()		* (記入不要)
相談 花子		時 分 ~ 時 分		
平成20年 8 月 3 0 日生	☐ 男 ☒ 女	来校回数	☐ 初回 ☒ 2回目 (前回令和 7 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		
保護者氏名		Iwamizawakoutouyougo-z0@hokkaido-c.ed.jp		
相談 亜希子		希望する場合は ☒ 教育相談に関わる情報は受信しない		

在籍学校名・学年	岩見沢市立相談中 学校 3 学年	電 話	0126-23-5130
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	担任 五朗
メールアドレス	Iwamizawa-soudan@school.ne.jp 希望する場合は⇒ ☒ 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 ☒ 認知 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 言語 ☐ その他 ()	
身体障害者手帳	☒ 有 (1 種 1 級 ・ 平成22年7月10日交付) ☐ 無 ☐ 申請中			
療育手帳	☐ 有 (判定 ・ 平成 年 月 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	朝夕食後にテグレートルを服用

機 能	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: 食べにくい食材は一口大に切る)		
	排泄	☐ 自立 ☒ 介助が必要 (支援内容: 下衣の着脱の介助が必要)		
	入浴	☐ 自立 ☒ 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:))	☒ 無 (配慮事項:)

機 能	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:)
		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 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。
	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
		個別的教育支援計画	☒ 有 ☐ 無 前年度の出席状況 (1 8) 日出席 / (1 9 0) 日中 欠席理由: 入院、体調不良

本校志望予定	☒ 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 ☒ 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	☒ 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 TEL0126-23-5055