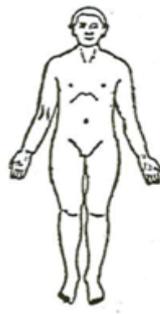
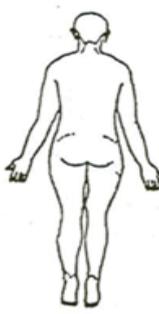


秘

教育相談記録票①

北海道真駒内養護学校

ふりがな 氏名			性別	生年 月日	平成 (年	月	日)
			男女					
所属	学校 () 回 / 週・月) 幼稚園 () 回 / 週・月) 保育園 () 回 / 週・月) 整肢園 () 回 / 週・月) センター () 回 / 週・月) その他 () 回 / 週・月)							
家族構成 (続柄)	続柄	氏名	生年	続柄	氏名	生年		
住所	〒 電話： ()							
相談 の 内容	①就学 ②発達・障害の状況 ③早期教育 ④家庭教育 ⑤学校教育 ⑥進路 ⑦補装具・教育機器 ⑧その他 ※あてはまるものに○。複数可。 具体的にありましたらお書き下さい。							
障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 有 (種 級) ・ 無 障害名 _____ *わかる範囲でご記入ください <input type="checkbox"/> 療育手帳 有 (A ・ B) ・ 無 障害の部位・状態 () <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 50px;">   </div> <input type="checkbox"/> 起因疾患名等 ① 脳性まひ ② その他 ()							