様式Ａ

（仮称）宮城県立松陵支援学校高等部入学希望者　教育相談申込書（様式A）

|  |  |
| --- | --- |
| 記　入　者　名 |  |
| 学 校 名（TEL/FAX） |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学　校TEL（　　　　　　－　　　　　－　　　　　　　）　　FAX（　　　　　　－　　　　　－　　　　　　　） |
| ふ　り　が　な生　徒　氏　名 |  | 性別男・女 | 生年月日 |  平成　　　年　　　月　　　日　生　　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 保護者等氏名（保証人等） |  　　　　　　　　　　　　　　　 　 （続柄：　　　　　） |
| 生徒の現住所（連絡先電話番号） | 〒　　　－　　　　　　 宮城県  （　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　 ） 　自宅　・　携帯（所有者：　　　　　　　） |
| 学級担任氏名 |  | 引率教員氏名 |  |
| 家族構成 | 家族（　　　　）人　　父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他（　　　　）※家族に○ |
| 特別支援学級在籍の有無※支援学校在籍生徒は記入不要 | 現在、特別支援学級に　　　在籍している　・　在籍していない　　　　　※どちらかに○ |
| 在籍している場合の在籍学級障害種別（知的・自情・肢体・病弱・難聴・弱視）※いずれかに○ |
| 特別支援学級入級経歴　（　　　　　　　　）小学校　・　中学校　　　（　　　　）年生の時入級 |
| 障害の状況（障害名・診断名） |  　　 |
| 療 育 手 帳  |  有（ Ａ ・ Ｂ ） ・　無 　 ※いずれかに○ 　　／　 次回の更新予定 令和　 　年 　　 月  |
| 身体障害者手帳 |  有（ 　 級　 　種） ・　無 　※いずれかに○ 　　／　 次回の更新予定 令和　 　年 　 　月  |
| 精神障害者保健福祉手帳 |  有（１級 ・ ２級 ・ ３級）・　無 　※いずれかに○ 　　／　 次回の更新予定 令和　 　年 　 　月  |
| 生育歴等 | 御家族・療育者から見たお子さんの性格、興味・関心の対象、これまでの様子など |
| 治療中・経過観察の疾患等 |  | 主な既往疾患等 |  |
| 服　薬 |  |
| てんかん | 　有（発作回数　　　　　） 無 |
| 食物ｱﾚﾙｷﾞｰ | 　有（食品名　　　　　　） 無 |
|  相談事項等 |

様式Ｂ

（仮称）宮城県立松陵支援学校高等部入学希望者　教育相談申込書

生徒氏名

１　教育相談 希望日時

第１希望に「１」、第２希望に「２」、第３希望に「３」の数字を記入し、その他都合が付く日時すべてに「○」を付けてください。

なお、学校の先生にも出席いただきますので、学校との日程調整もよろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　　　程 | ①9:00～9:50 | ②１０：００～１０：５０ | ③１１：００～１１：５０ | ④１３：００～１３：５０ | ⑤１４：００～１４：５０ | ⑥１５：００～１５：５０ | ⑦１６：００～１６：５０ |
| １０月１５日（火） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月１６日（水） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月１７日（木） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月１８日（金） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２１日（月） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２２日（火） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２３日（水） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２４日（木） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２５日（金） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２８日（月） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月２９日（火） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月３０日（水） |  |  |  |  |  |  |  |
| １０月３１日（木） |  |  |  |  |  |  |  |

２　来談者氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　名 | 生徒との関係 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※希望以外でも調整させていただく場合があります。