**教 育 相 談 カ ー ド**

**※記入していただいた内容については、一日入学の際に使用することがあります。校外への持ち出しはありません。**

 　　　　来校日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 平成　　 年 　　月 　　日 （満 　歳） | 療育手帳 有 ( Ａ ・ Ｂ ) ・ 無身障手帳 有 (　 種 　級) ・ 無 |
| 住　所(電話番号) | 〒 （TEL　　　　 　　 ）保護者住所　同上以外（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在籍 | 学校　　　　年　　　　組　担任名保育園・幼稚園 組　担任名〒（TEL ） |
| 障がい状況 |  | 判定機関 |  |
| 保護者・家族構成 | ふりがな氏　　名 | 続柄 | 年齢/学年 | 職　業・学　校 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ＜医療・訓練等の状況＞　（発作、服薬、入院歴、手術歴、定期通院、訓練など）・てんかん発作【 有 ・ 無 】 服薬（てんかん）【 有（薬： 　　　　　　 　　　 　　 ）・無 】　てんかん緊急時服薬【 有（薬： 　　　　　　 　　　 　　 ）・無　】・その他の服薬【 有（薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 ）・無 】・医療的配慮 【 有（配慮の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）・無 】・食物アレルギー【 有（アレルゲン：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）・無 】・その他のアレルギー【 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】・その他医療に関すること【 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】・入院歴【 有 ・ 無 】（　　年　　月～　　年　月　　病名　　　　　　　　）・手術歴【 有 ・ 無 】（　　年　　月　病名　　　　　　　）・定期通院【 有 ・ 無 】（病院名　　　　　　　　主治医　　　　　　　　期間　　　　　　　） |
| ＜療育・教育、福祉の利用状況＞　(発達支援センター、母子訓練、ことばの教室、デイサービスなど）サービス利用：リハビリ：（ST　PT　OT　機関名　　　　　　）発達支援センター：（　　　　　　　　）その他 |
| ＜相談したいこと（知りたいこと）＞ |