|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **県立島尻特別支援学校真和志高等学校分教室（ゆい教室）学校説明会及び**  **志願前相談 個人資料**  【中学校の担任もしくは担当で記載してください】 | | | | | | 学校名 | | | |  | |
| 記載者  （担当者）名 | | | |  | |
|  | |  | | | | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日生  男　・　女　　（　　　　　　　歳） | | | | |
|  | |  | | | | | 生徒との続柄： | | | | |
| 自宅住所  ・連絡先 | |  | | | | | | | 連絡先（続柄）  （　　　） | | |
| ↓ 以下、該当するものに☑（チェック）または〇で囲み、詳細はご記入ください。↓ | | | | | | | | | | | |
| 在籍  学級 | | 中学校：　□一般学級　　□特別支援学級  特別支援学校：　□一般　□重複 | | | | | | 所持手帳 | | | |
| □療育手帳（ A1　 A2 　B1 　）  □判定年月日（　　年　　月　　日）  その他所持している手帳  □  □ | | | |
| 主障害種 | | □知的障害 | | | | | |
| その他の  疾患など | | □無  □有→ | | 疾患名（例：心疾患、発達障害、てんかん等）  現在治療中や通院中ですか？（ はい　いいえ ） | | | |
| 服薬 | | □無  □有→ | | 薬名や飲むタイミングなど | | | |
| 健康状態 | ★健康面・安全面において配慮が必要なことが　□ない　□ある→欄内にご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| ★運動制限等が　□ない　□ある→欄内にご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| ★アレルギーが　□ない　□ある→欄内にご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| 日常生活の様子 | 衣服の着脱 | | □一人でできる　□言葉かけでできる　□支援が必要（　部分　全面　） | | | | | | | | |
| 排泄 | | □一人でできる　□言葉かけでできる　□支援が必要（　部分　全面　） | | | | | | | | |
| 食事 | | □一人でできる　□言葉かけでできる　□支援が必要（　部分　全面　） | | | | | | | | |
| 移動 | | □一人でできる　□言葉かけでできる　□支援が必要（　部分　全面　） | | | | | | | | |
| 対人関係 | | □誰とでも関わることができる　　□特定の人と関わる　　□集団が苦手 | | | | | | | | |
| その他 | 現在の志望校 | | 第一 | | 第二 | | | | | | 第三 |
| 将来の夢 | |  | | | | | | | | |
| 備考欄 |  | | | | | | | | | | |

※ 中学校の担任もしくは担当で作成をお願いいたします。

※ 人数分まとめ「学校説明会及び志願前相談 申込書（一覧）」と「療育手帳の写し」ともにご提出ください。

※ こちらの書類はFAX送信の必要はございません。