教育相談シート

北海道高等聾学校

相談予定日時	令和 7　年　　月　　日(　)　　時　　分
相談概要	□進学相談　□転学相談　□聴覚に関わる相談　□その他の相談
	・相談の主な内容
来校予定者	・本人　・保護者(父、母)・担任　・その他(　　)

相談者及び保護者

ふりがな 生 徒 名		学校名 tel・fax	
在籍学級	□特別支援学校(　普通　・　重複　・　訪問) □特別支援学級(弱視、難聴、知的、肢体、虚弱、言語、自閉・情緒) □通常学級(通級の有無　　有 ・ 無) □その他(　　)		
生 年 月 日	平成　　年　　月　　日 生	性 別	男 ・ 女
保 護 者 名		引率教員名	
父の氏名		母の氏名	
住　　所 電話番号(FAX)	〒(　　ー　　) TEL(　　ー　　ー　　)		

障害の状況 (必要に応じて記載)

身障者手帳の有無	有 ・ 無 (　　種　　級)		
聴力障害の程度	(右)　　dB (左)　　dB		
補聴器装用状況	有 ・ 無	人工内耳装用状況	有 ・ 無
医療機関	医療機関(　　) 主治医(　　)		

併せ持つ障害の状況 (必要に応じて記載)

その他の障害 (医療機関で診断をうけている障害)	障害(　　) 病院(　　) 医師(　　) 年月日(　　年　　月　　日)
療育手帳の有無	有 ・ 無 (A・B・B)　判定機関(　　) 取得年月日(平成　　年　　月　　日)
検査など	検査名(　　) 検査年月日(平成　　年　　月　　日) 機関(　　) 検査結果(　　)
既往症	病名(　　) 病院・医師(　　) 投薬の有無(有・無)(　　／日　朝・昼・夕)
	病名(　　) 病院・医師(　　) 投薬の有無(有・無)(　　／日　朝・昼・夕)
その他	

以下につきましては、入学希望又は入学について御検討されている方のみ御記入ください。
＊担任、保護者、本人と相談の上、御記入ください。

本校希望理由	教育内容、地域、先輩がいる等
希望する学科	□普通科　□普通科重複学級　□クリーニング科　□産業技術科 □生活情報科　□未定
併願の有無	有 ・ 無

	・併願や本校以外の特別支援学校も検討している場合などがあれば記入ください。 □普通高校（複数回答可　　） □未定（本校以外の学校への進学も検討している場合には学校名をお書きください。） （　複数回答可　　） □その他（　　）	
寄宿舎入所希望の有無	寄宿舎の利用	□入舎希望　□通学希望（通学手段　　）
	緊急時の送迎	□可能　□困難
現在の様子	入学前に相談したいことがあればご記入ください。	
	寄宿舎生活について	
	学習の様子について	
	コミュニケーションについて	
	その他	

※相談担当者記入

対応者	
教育相談シート受付	令和　年　月　日（　）
相談実施日	令和　年　月　日（　）　：　～　：
来校者	本人　・　父　・　母　・　担任 その他（　　）