

教育相談カード

ふりがな 本人氏名		生年月日	年 月 日生
保護者 氏名	続 柄	所属所名 (学年等)	
現住所		連絡先	
病歴等	主 障 害： 主 治 医： 投薬の有無： 健康状態：		
障 害 の 程 度 等	身 辺 処 理	衣服の着脱： 食 事： 排 泄： そ の 他：	
	言 葉		
	数 量		
	運 動		
	社 会 性		
	そ の 他		
療育手帳 の有無	有 (A・B) 無 予定有	寄宿舎利 用の希望	有 無 考え中
食物アレルギー の有無	有 無 食品名 ()	外泊経験 の有無	有 無