

県立名護特別支援学校 志願前相談
個人資料（生活の記録）

【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 | |

| | |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな 生徒氏名 | <input type="checkbox"/> 卒業見込み <input type="checkbox"/> 卒業 (S・H・R) 年度 |
| ふりがな 保護者 | 生徒との関係： |
| 自宅住所 ・連絡先 | 連絡先 (続柄) () |

該当するものに☑ (チェック) または○で囲み、詳細はご記入ください。

| | | | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 在籍学級 | 中学校： | 出欠の記録 | 欠席の主な理由 |
| | <input type="checkbox"/> 一般学級 <input type="checkbox"/> 知的障害学級 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害学級 <input type="checkbox"/> その他 () | | 1年:欠席日数 日 |
| 障害種 | 特別支援学校： | 2年:欠席日数 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 一般学級 <input type="checkbox"/> 重複学級 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> ※ 肢体不自由 <input type="checkbox"/> ※ 病弱 <small>※印は令和5年度時点で本校在学児童生徒のみ</small> | 3年:欠席日数 日 | |
| | | 所持手帳 | |
| | | <input type="checkbox"/> 療育 (A1 A2 B1 B2) <input type="checkbox"/> 身体 (級) <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 申請中 (手帳) <input type="checkbox"/> 所持なし | |
| | | * 所持している手帳は全てご記入ください。 | |

| | | | | | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|--------------|
| 健康状態 | 疾患その他 の | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 薬名や飲むタイミングなど |
| | ★アレルギーが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 欄内にご記入ください。 | | | | | |
| | ★運動制限等が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 欄内にご記入ください。 | | | | | |
| | ★健康面・安全面において配慮が必要なことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 欄内にご記入ください。 | | | | | |
| 日常生活の様子 | 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 言葉かけでできる <input type="checkbox"/> 支援が必要 (部分 全面) | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 言葉かけでできる <input type="checkbox"/> 支援が必要 (部分 全面) | | | | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 言葉かけでできる <input type="checkbox"/> 支援が必要 (部分 全面) | | | | |
| | 対人関係 | <input type="checkbox"/> 誰とでも関わることができる <input type="checkbox"/> 特定の人と関わる <input type="checkbox"/> 集団が苦手 | | | | |
| | 自力通学 | <input type="checkbox"/> できる (路線バス・徒歩) <input type="checkbox"/> できない (練習中・検討中・考えていない) | | | | |
| 確認事項 | 産業コース受検 | 希望する | | 希望しない | | |
| | 現在の志望校 | 第一 | 第二 | 第三 | | |
| | 卒業後の進路希望 | | | | | |
| | 保証人の有無 (離島のみ) | 病気や災害時に学校からの呼び出しに対応できますか。または保護者のかわりに対応できる方はいますか。 <input type="checkbox"/> いる (居住市町村 :) <input type="checkbox"/> いない | | | | |

※ 人数分をまとめ、「志願前相談 申込書 (一覧)」とともにご提出ください。また、こちらの書類は9月15日(金)17時必着で郵送もしくは直接提出してください