

中学部 教育相談受付票

神奈川県立高津支援学校

来校予定日	令和 年 月 日（ ）	時 分
児童氏名	フリガナ	男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日	満 歳
保護者氏名	母 父	
家族構成		
住 所	〒	
電話番号	() 携帯：()	

在籍校	(県立 ・ 市立)	学校	6 年
中学校区	(川崎 ・ 横浜) 市立	中学校	

最寄り駅	線	駅（バス停：）
通学方法	電車 ・ 路線バス ・ 徒歩 ・ 自家用車	
	スクールバスは（ 希望する ・ 希望しない ）	
	自力通学は（ 可能 ・ 練習で可能 ・ 不可 ）	

診断名		
健康面	疾病(配慮事項) : 服薬 (なし、あり) : 発作 (様子と対応) :	
手帳	療育手帳(愛の手帳) A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ なし	身障手帳 (種 級)

ご家族で大事にしていること、配慮 していることを教えてください。	
もし、ご家族が困っていることがあ りましたら教えてください。	

記入日 令和 年 月 日

*教育相談日にご持参ください。