

記入者	続柄()	記入年月日	令和 5 年 月 日
-----	-------	-------	------------

フリガナ		フリガナ			
児童名		保護者名			
性別	生年月日	相談時			
	平成 年 月 日	歳			
居住区	大阪市 区 在住		在籍校 区 小学校		
療育手帳	あり なし	A B1 B2	身障者手帳	あり なし	種 級
			その他手帳	あり なし	
診断名					
健康の状態	※現在通院、加療している疾病や、活動の制限等、その他お身体のことで伝えておきたいことをご記入下さい。				
アレルギー	食物	あり なし	食物以外	あり なし	
児童の様子	※身辺自立についてや日頃のご家庭での様子、好きなこと、などご記入下さい。				
通学方法 (予定)	自主通学希望	保護者の同伴介助通学希望	通学バス乗車希望		
現時点の 進学先の希望	どちらかに○を	本校への進学希望			
		他校への進学と併せて本校への進学も検討している。			
		他校への進学を検討されている場合			
	現時点で希望する順に番号をつけてください。		居住区域の中学校への進学()		
			※大阪教育大学附属特別支援学校		
		その他()			
※受験予定の方のみお答えください。(どちらかに○)	併願		本校(難波支援学校)		
			居住区域の中学校		
〈その他、何かございましたらご記入ください〉					