

沖縄県立泡瀬特別支援学校

記載者

()

志願前相談 個人情報

学校名		ふりがな			
		生徒氏名			
		生年月日	平成	年	月 日

ふりがな 保護者		続柄	:	連絡先(続柄)	()
現住所					

在籍学級	中 学 校 : <input type="checkbox"/> 一般学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 ()				
	特別支援学校 : <input type="checkbox"/> 一般学級 <input type="checkbox"/> 重複学級				
肢体不自由	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)		所持手帳		
知的障害	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
その他の疾患等	<input type="checkbox"/> 無し	疾患名(例:てんかん等)			
服薬	<input type="checkbox"/> 有り	薬名 等			
	<input type="checkbox"/> 無し				
現在治療中の疾患等	<input type="checkbox"/> 有り		<input type="checkbox"/> 療育 (A1 A2 B1 B2)	<input type="checkbox"/> 身体 (級)	<input type="checkbox"/> 精神 (級)
	<input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 申請中 (手帳)	<input type="checkbox"/> 所持なし	
食事の状況	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食 (形態 :)				
	<input type="checkbox"/> アレルギー無し <input type="checkbox"/> アレルギー有り ()				
日常生活	排 泄	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ()			
		<input type="checkbox"/> 全面介助 ()			
	移 動	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ()			
		<input type="checkbox"/> 全面介助 ()			
	コミュニケーション方法(ICT活用等)				
	好きなこと・教科				
志望校	第一志望		第二志望		第三志望
卒業後の進路について					
その他					

* 学校ごとに人数分をまとめて送付をお願いします。

沖縄県立泡瀬特別支援学校

記載者

泡 聖子

(保護者)

志願前相談 個人情報 (例)

学校名	あわせ中学校	ふりがな	あわ たろう
		生徒氏名	泡 太郎
		生年月日	平成 20 年 4 月 5 日

ふりがな 保護者	あわ せいこ 泡 聖子	続柄 続柄 : 母	連絡先(続柄) 090-8888-9999 (父)
現住所	沖縄市比屋根50丁目50番地1号		

在籍学級	中 学 校 : <input type="checkbox"/> 一般学級 <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 ()		
	特別支援学校 : <input type="checkbox"/> 一般学級 <input type="checkbox"/> 重複学級		
肢体不自由	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 (<input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 下肢)		
知的障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
その他の疾患等	<input type="checkbox"/> 無し	疾患名(例:てんかん等) てんかん	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有り		
服薬	<input type="checkbox"/> 無し	薬名 等 抗てんかん薬	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有り		
現在治療中の疾患等	<input checked="" type="checkbox"/> 無し		
	<input type="checkbox"/> 有り		
食事の状況	<input type="checkbox"/> 介助なし <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 特別食 (形態 : きざみ)		
	<input type="checkbox"/> アレルギー無し <input checked="" type="checkbox"/> アレルギー有り (卵・小麦)		
日常生活	排 泄	<input type="checkbox"/> 介助なし <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 (転倒防止のため見守りが必要) <input type="checkbox"/> 全面介助 ()	
	移 動	<input type="checkbox"/> 介助なし <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 (自走可能だが、体調不良の際は要介助) <input type="checkbox"/> 全面介助 ()	
	コミュニケーション方法(ICT活用等)	指さしをしたり、iPadを操作してドロップトークアプリを利用しています。	
	好きなこと・教科	美術が好きです。	
志望校	第一志望 泡瀬特別支援学校高等部	第二志望	第三志望
卒業後の進路について	事業所か専門学校への進学		
その他			

* 学校ごとに人数分をまとめて送付をお願いします。