

## 相談希望受付票

受付日 年 月 日

お問い合わせいただきまして、ありがとうございます。

面談をご希望の方へは、後日 KIU サポートルームより、日程調整のためのご連絡を差し上げたいと思いますので、下記について、差し支えない範囲でご記入下さい。

### 相談者情報

ふりがな			
本人氏名	生年月日	年	月 日生
住所	〒		
連絡先	1. 自宅 ( ) 2. 携帯 ( ) 3. メールアドレス ( )		
現在所属の学校	学校名	学年	年生
保護者氏名	連絡先 TEL ( )		

障害の種類	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 言語・聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害（神経発達症） <input type="checkbox"/> 内部障害・慢性疾患 <input type="checkbox"/> その他		
	障害（診断名）		
障害者手帳の有無	有 ・ 無	種類等級	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 _____ 級
診断書の有無	有 ・ 無	* 有の場合は診断名を記入	
障害等の状況			
通院状況	通院頻度		服薬の状況
現在使用している介助や補助器、機材等	(例：車椅子、補聴器など)		
相談内容	<input type="checkbox"/> 合理的配慮について <input type="checkbox"/> 学内での生活上の支援について <input type="checkbox"/> その他 [ ]		

※ご記入いただきました個人情報は、神戸国際大学個人情報保護方針に基づき適切に取り扱います。