

# 就学相談申込票（新就学）

面談日：令和 年 月 日（ ）

ふりがな		男・女	生 年 月 日			
お子さんのお名前			平成	年	月	日（ 歳 か月）
住所	〒				電話	
ふりがな		家族構成				
保護者氏名						
所属園	園名	クラス名	担任名	在園期間		
			先生	歳	か月	～ 現在
療育機関	療育機関名	頻度	曜日	利用期間		
				歳	か月	～ 現在

## 1. 通学区域について

通学区域の小学校	小学校	在校中のきょうだいの学年	特認として通学できる小学校	転居予定の場合
			小学校	転居予定市町村：

## 2. 手帳について

身体障害者手帳	無・有・申請中	種 級	交付日	年 月 日
療育手帳	無・有・申請中	A1・A2・B1・B2	交付日	年 月 日
精神障害者保健福祉手帳	無・有・申請中	1級・2級・3級	交付日	年 月 日

※直近のものをご記入ください。

## 3. 現在までの経過について

現在の身長/体重	身長	cm	体重	kg
胎生期出生時	特記なし・特記あり（ ）			
発達	首すわり： 歳 か月	座位： 歳 か月	始歩： 歳 か月	発語： 歳 か月
健診	1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 指摘なし <input type="checkbox"/> 指摘あり（ ）			
	3歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 指摘なし <input type="checkbox"/> 指摘あり（ ）			
相談機関・療育機関等	相談内容・療育内容		相談期間	
			歳	か月 ～ 歳  か月
			歳	か月 ～ 歳  か月
			歳	か月 ～ 歳  か月

## 4. 医療について

初診年月	通院状況	医療機関等	診療科	診断名 等	受診頻度
年 月	継続・終了				
年 月	継続・終了				
年 月	継続・終了				
医療的ケア	無・有（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう・導尿・吸引・気管切開・その他： ）				
服薬の有無	無・有（服用中の薬名・服用頻度： ）				
けいれん・発作	無・有（内容： ）				
アレルギー	無・有（内容： ）				
学校生活上の医療的配慮事項	無・有（内容： ）				

## 5. 発達検査・知能検査について（※検査を受けたことがある、もしくは今後受ける予定がある場合）

実施済の検査	年 月	実施機関	検査種類	検査予定	年 月	検査種類
	書面	有・無	検査結果	実施機関		

※令和6年4月以降の検査結果をお持ちの方は、ご提出をお願いいたします。

記入日	年 月 日 ( )	ふりがな	
		お子さんのお名前	

### 6. 現在のお子さんの様子について

現在の状況で当てはまるところに○及び☑をしてください。			補足（状況や例）
①移動	自力では困難 要補助（伝い歩き等）	一人で歩ける	
	□車イス使用 □装具使用		
②座位姿勢	保持が困難	崩れやすい 自力で保持	
	□座位保持用のイス使用		
③手先の作業	自力では困難 物が持てる・握れる	作業ができる	
	□ハサミが使える □人物が描ける		
④食事	全面介助	手伝いが必要 一人でできる	
	□偏食 □箸使用		
⑤排泄	全面介助	手伝いが必要 一人でできる	
	□オムツ使用 □夜尿 □遺尿		
⑥衣服の着脱等	全面介助	手伝いが必要 一人でできる	
	□服の前後・靴の左右を間違える □指摘すれば自分で直せる		
⑦意思表出	快・不快のみ	単語～2語文程度 日常会話が可能	
	□発語不明瞭 □吃音		
⑧指示理解	理解が難しい	簡単な指示は分かる 一斉指示が分かる	
	□絵・写真カード使用		
⑨文字	関心なし	読める文字がある だいたい読める	
	□ひらがなを書くことができる		
⑩数	関心なし	数字を言える 数えられる	
⑪対人面	成立しない	大人とは成立 同年代とも成立	
	□対人面での配慮が必要		
⑫集団参加	参加が難しい	部分的に参加できる 参加できる	
⑬登園の状況	登園していない	部分的に登園 毎日登園	
	□登園への配慮が必要		
⑭行動面 当てはまるもの 全てに○をして ください	A 落ち着きがなくじっとしていられない	E 興奮したり気分が不安定になったりする	詳しい説明
	B 目の届かないところへ行ってしまう	F 感覚過敏がある（聴覚・触覚など）	
	C 危険な物や場所の認識が難しい	G 生活に支障をきたすことがある	
	D 他人や自分の身体を傷つけることがある	H 気持ちの切り替えが難しい	
⑮家庭での様子			
⑯よいところ・ 伸ばしたいところ			

### 7. 就学相談・就学先に関する保護者の考え

就学相談を希望された経緯 就学相談で相談したいこと			
検討中の就学先(複数でもかまいません)	・特別支援学校	・特別支援学級	・通常の学級
通級指導教室の利用希望（通常の学級在籍の場合のみ）	・ことばの教室	・そだちの教室	・希望しない

この情報を学校と共有することを承認します。

※【入学前相談日時 月 日 : 】