

※作成にあたっては、可能な範囲でご記入ください。



記入例

就学相談申込票（既就学）

記入日：令和 ○年 ○月 ○日 No.

ふりがな お子さんのお名前	ちがさき さくら 茅ヶ崎 さくら	男・女	生 年 月 日 平成 年 月 日 (歳 か月)
住所	〒253-8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1	電話	0467-82-1111
所属	学 校 名 えほし 小 中 学校 6年 1組 ・通常の学級 ・特別支援学級（知的障害級）	担任名 ○○ 先生	
通級	<input checked="" type="checkbox"/> 通級している <input type="checkbox"/> 通級していない <input type="checkbox"/> 過去に通級していた ことばの教室 ・ そだちの教室 通級期間： 年 月～ 年 月 現在	担当者名 △△ 先生	
巡回相談	<input checked="" type="checkbox"/> 継続的に利用している（担当相談員：□□相談員） <input type="checkbox"/> 過去に利用したことがある <input type="checkbox"/> 利用していない		
ふりがな 保護者氏名	ちがさき たろう 茅ヶ崎 太郎	家族構成	父、母、弟、祖母

本人以外の同居している家族について記入してください。

1. 療育手帳/身体障害者手帳について

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

※直近のものをご記入下さい。

母子手帳等を参考にしながら、記入してください。

2. 現在までの経過

胎生期	妊娠期間 (39週1日)	特記なし ・ 特記あり (切迫早流産 ・ 妊娠中毒症 ・ 貧血 ・ 服薬 ・ その他)
出生時	体重 3333 g	特記なし ・ 特記あり (仮死 ・ 黄疸 ・ その他)
発達	首のすわり (0 歳 3 か月)	おすわり (0 歳 6 か月) 歩き始め (1 歳 0 か月) 発語 (2 歳 0 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 (二語文が少ないと言われた)	
相談機関・療育機関等	相談内容・療育内容	相談期間
○○センター	発達検査を受け、療育の利用をすすめられる。	2歳 6か月 ~ 3歳 2か月
		歳 か月 ~ 歳 か月
		歳 か月 ~ 歳 か月

3. 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	○○クリニック	児童精神科	自閉スペクトラム症	月に1回
年 月	継続・終了				
年 月	継続・終了				
医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (服用中の薬： デパケン)				
けいれん・発作	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (内容： てんかん発作)				
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (内容： ピーナッツ)				
学校生活を送る上での配慮事項	てんかん発作が出る可能性があるため、プールなどでは注意が必要。				

継続して服用している薬を記入してください。

※ 個別の教 日常生活で注意が必要な食品や物質等について記入してください。 いただければと思います。

4. 発達検査・知能検査について（※直近の結果をご記入ください）

結果の数値が正確に分からない場合は、実施機関から言われた通りに記入してください。

実施の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（下に記入） <input type="checkbox"/> 受ける予定がある		機関名：
☆ 直近の結果についてご記入ください。検査結果を書面でお持ちの方はご提出お願いいたします。			
実施時期	実施機関	検査の種類と結果	
年 月		<input type="checkbox"/> 田中ビネー …精神年齢（ 歳 力月）、IQ（ ）	
○年 ○月	〇〇クリニック	<input checked="" type="checkbox"/> WISC-IV …全検査IQ（ 71 ） 言語理解（ 84 ） 知覚推理（ 74 ） ワキグ メリ（ 79 ） 処理速度（ 60 ）	
年 月		<input type="checkbox"/> WISC-V …全検査IQ（ ） 言語理解（ ） 流動性推理（ ） 視空間（ ） ワキグ メリ（ ） 処理速度（ ）	
年 月		<input type="checkbox"/> その他 検査名（ ） 結果（ ）	

該当する検査名に☑をして下さい。

5. 現在のお子さんの様子

お子さんの様子で配慮が必要な項目番号に○をし、右欄に具体的な内容をご記入ください。

身辺処理	①移動	教室移動が遅れがち。			担当者メモ欄
	②姿勢	姿勢がくずれやすい。			
	③食事	偏食がある。牛乳が飲めない。			
	④排泄				
	⑤衣服の着脱				
言語	⑥会話	思っていることをうまく説明できない。			
	⑦指示理解	全体指示だけではわからないことがある。			
学校生活	⑧読み	読み間違いが多い。			
	⑨書き	書くことに時間がかかる。			
	⑩計算	単純な計算はできるが、文章題は苦手。			
	⑪手先の作業	手先の不器用さがある。			
	⑫運動				
	⑬登校状況	休み明けは登校をしづむことがある。			
	⑭その他	新しいことは不安になる。提出物が遅れがち。			
⑮対人面	自分からは話しかけない。話しかけてもらえば答えられる。年下の子と遊ぶことが多い。				
⑯集団参加	低学年の頃は行事を嫌がったが、今は参加できるようになった。				
⑰行動面	落ち着きがなくじっとして いられない	興奮したり気分が不安定に なったりする	目の届かないところへ 行ってしまう	感覚過敏がある （聴覚・触覚など）	
当てはまるものを全てに ○をしてください	危険な物や場所の区別が つかない	こだわりが生活に支障を きたす	他人や自分を傷つける ことがある	気持ちの切り替えが 難しい	
⑱家庭での様子	宿題になかなか取り組まない。手伝いは好きでよくする。家だとよく話す。妹の世話はよくする。簡単な食事は自分で作る。				
⑲よいところ 伸ばしたいところ	⑰のみ、当てはまるものすべてに○をしてください。				

6. 就学相談・進学先に関する保護者の考え

検討している就学先が複数ある場合は、すべてに○をしてください。通級指導教室は通常の学級に在籍する場合のみ利用可能です。

就学相談を希望された経緯 就学相談で相談したいこと	中学校では、学習に 級のどちらの学級がよいのか悩んでいます。
検討中の進学先	・特別支援学校 <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 <input checked="" type="checkbox"/> 通常の学級 <input checked="" type="checkbox"/> ことばの教室 ・そだちの教室 ・希望しない
通級指導教室の利用希望（通常の学級在籍の場合のみ）	<input checked="" type="checkbox"/> ことばの教室 ・そだちの教室 ・希望しない

こちらは教育委員会が記入します。

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 : 】