

# 就学相談申込票（既就学）

記入日：令和 年 月 日（ ）

ふりがな お子さん のお名前			男 ・ 女	生 年 月 日	
				平成 年 月 日（ 歳 か月）	
住所	〒			電話	
所属	学 校 名			担任名	
	小・中 学校 年 組 ・通常の学級 ・特別支援学級（ 級）			先生	
通級	<input 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 type="checkbox"/> 継続的に利用している（担当相談員： ） <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			家族構成		
保護者 氏名					

## 1. 療育手帳/身体障害者手帳について

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

※直近のものをご記入下さい。

## 2. 現在までの経過

胎生期	妊娠期間（ 週 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 g	特記なし・特記あり（仮死・黄疸・その他： ）		
発達	首のすわり（ 歳 か月） おすわり（ 歳 か月） 歩き始め（ 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	

## 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				
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： ）				
けいれん・発作	無・有（内容： ）				
アレルギー	無・有（内容： ）				
学校生活を送る上での配慮事項					

※ 個別の教育支援計画（支援シート）を在籍校と作成している場合は、面談時に御持参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。検査結果を書面でお持ちの方はご提出ください。）

実施の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下に記入） <input type="checkbox"/> 受ける予定がある			予定時期： 年 月 機関名：
実施時期	実施機関	検査の種類と結果		
年 月		□田中ビネー-V …精神年齢（ 歳 カ月）、IQ（ ）		
年 月		□WISC-IV …全検査IQ（ ） 言語理解（ ） 知覚推理（ ） ワーキングメモリー（ ） 処理速度（ ）		
年 月		□WISC-V …全検査IQ（ ） 言語理解（ ） 流動性推理（ ） 視空間（ ） ワーキングメモリー（ ） 処理速度（ ）		
年 月		□その他 検査名（ ） 結果（ ）		

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		担当者メモ欄	
	②姿勢			
	③食事			
	④排泄			
	⑤衣服の着脱			
言語	⑥会話			
	⑦指示理解			
学校生活	⑧読み			
	⑨書き			
	⑩計算			
	⑪手先の作業			
	⑫運動			
	⑬登校状況			
	⑭その他			
⑮対人面				
⑯集団参加				
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 行ってしまふ	感覚過敏がある (聴覚・触覚など)
当てはまるもの全てに ○をしてください	危険な物や場所の認識が難 しい	こだわりが生活に支障をさ たす	他人や自分の身体を傷つ 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				
⑲よいところ 伸ばしたいところ				

6. 就学相談・進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			
検討中の進学先（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 : 】