

就学相談申込票（既就学）

記入日：令和 年 月 日（ ）

ふりがな お子様のお名前		男・女	生年月日 平成・令和 年 月 日（ 歳 か月）	
住所	〒		電話	※日中繋がりがやすい番号を御記入ください
ふりがな 保護者氏名	家族構成			
所属	学 校 名			担任名
	小・中学校 年 組 ・通常の学級（ 級） ・特別支援学級（知的障害級 自閉症・情緒障害級）			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： 年生 ～ 年生・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			

1. 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 / 再判定日 令和 年 月 日
療育手帳	無・有・申請中	A1・A2・B1・B2	交付日 年 月 日 / 再判定日 令和 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 / 再判定日 令和 年 月 日

2. 現在までの経過について

健診	1歳 6か月健診 <input type="checkbox"/> 指摘なし <input type="checkbox"/> 指摘あり（内容： ）	
	3歳 6か月健診 <input type="checkbox"/> 指摘なし <input type="checkbox"/> 指摘あり（内容： ）	
相談期間	相談機関等	相談内容・療育内容等
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

初診年齢	通院状況	医療機関等	診療科	診断名等	受診頻度
歳 か月	継続・終了				
歳 か月	継続・終了				
歳 か月	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・使用頻度 ）				
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な配慮事項	無・有（内容： ）				

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：		
検査の種類	実施時期	実施期間	検査結果
<input type="checkbox"/> 田中ビネーV	年 月		精神年齢（ 歳 か月）、IQ（ ）
<input type="checkbox"/> WISC-IV	年 月		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（ ）
<input type="checkbox"/> WISC-V	年 月		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（ ）
<input type="checkbox"/> その他	年 月		検査名（ ） 結果（ ）

5. 現在のお子様の様子

お子様の様子を具体的にご記入ください。				
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 行ってしまう	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	生活に支障をきたすこと がある	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）	<ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 10px;">・ 特別支援学校 <li style="margin-right: 10px;">・ 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）	<ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 10px;">・ ことばの教室 <li style="margin-right: 10px;">・ 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 : 】