

# 就学相談申込票（新就学）

面談日：令和 ○年 ○月 ○日（○）

ふりがな	ちがさき いちろう		<input checked="" type="radio"/> 男	生 年 月 日	
お子様のお名前	茅ヶ崎 一郎		<input type="radio"/> 女	令和○○年 ○月 ○日（○歳 ○か月）	
住所	〒 253-8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1			電話	※日中繋がりがやすい番号をご記入ください 0467-82-1111
ふりがな	ちがさき たろう		家族構成	父、母、姉、祖母	
保護者氏名	茅ヶ崎 太郎			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。	
所属園	園名	えぼし幼稚園	〇〇組	〇〇先生	4歳 0か月 ~ 現在
療育機関	療育機関名	児童発達支援センター〇〇	頻度	曜日	利用期間
			週2回	月・水	3歳 2か月 ~ 現在

## 1. 通学区域について

お住いの通学区域の小学校	〇〇 小学校	在校中のきょうだいの学年	〇年	特認として通学できる小学校	〇〇 小学校	転居予定の場合	転居予定市町村：〇〇県〇〇市
--------------	--------	--------------	----	---------------	--------	---------	----------------

## 2. 手帳について

身体障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有・申請中	種 級	交付日	年 月 日
療育手帳	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有・申請中	A1・A2・B1・ <input checked="" type="radio"/> B2	交付日	〇年 〇月 〇日
精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有・申請中	1級・2級・3級	交付日	年 月 日

## 3. 現在までの経過について

現在の身長/体重	身長	110 cm	体重	18 kg
胎生期出生時	<input checked="" type="radio"/> 特記なし・ <input type="radio"/> 特記あり（			
発達	首すわり： 0歳 6か月	座位： 0歳 10か月	始歩： 1歳 2か月	発語： 2歳 6か月
健診	1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 指摘なし	<input checked="" type="checkbox"/> 指摘あり（内容：言葉の発達の遅れを指摘される。）	）
	3歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 指摘なし	<input checked="" type="checkbox"/> 指摘あり（内容：引き続き療育を利用するようにとのことだった。）	）
相談期間	相談機関・療育機関等		相談内容・療育内容	
2歳6か月～3歳2か月	発達検査を受け、療育の利用をすすめられる。			
歳 か月～ 歳 か月				
歳 か月～ 歳 か月				

## 4. 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
2歳8か月	<input checked="" type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 終了	〇〇クリニック	児童精神科	自閉スペクトラム症	月に1回
歳 か月	継続・終了				
歳 か月	継続・終了				
医療的ケア	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 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="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有（服用中の薬名・服用頻度： 抑肝散				
けいれん・発作	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有（内容： 熱性けいれん 3歳のとき				
アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有（内容： 乳製品 園では除去食で対応してもらっている				
学校生活上の医療的配慮事項	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有（内容： アレルギーのため、エピペンを持っている。除去食の対応を相談したい。）				

## 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	〇年 〇月	実施機関	こどもセンター	検査種類	新版K式発達検査	検査予定	〇年 〇月	検査種類	WISC-IV
	書面	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	検査結果	全領域（発達年齢：2歳7か月、DQ：60）		実施機関	児童発達支援センター〇〇		

※令和7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	令和 ○年 ○月 ○日 ( ○ )	ふりがな	ちがさき いちろう
		お子様のお名前	茅ヶ崎 一郎

6. 現在のお子様の様子について

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 <input type="checkbox"/> 要補助 (伝い歩き等) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 装具使用		
②座位姿勢	保持が困難 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 崩れやすい <input type="checkbox"/> 自力で保持 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 座位保持用のイス使用		長い時間座っていることが難しい。
③手先の作業	自力では困難 <input type="checkbox"/> 物が持てる・握れる <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 作業ができる <input type="checkbox"/> ハサミが使える <input type="checkbox"/> 人物が描ける		
④食事	全面介助 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 箸使用		食べたことのない物は食べようとしない。
⑤排泄	全面介助 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> トムツ使用 <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 遺尿		大便のふき取りは手伝いが必要。
⑥衣服の着脱等	全面介助 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 履の前後・靴の左右を間違える <input type="checkbox"/> 指摘すれば自分で直せる		ボタンやファスナーは手伝いが必要である。
⑦意思表出	快・不快のみ <input type="checkbox"/> 単語～2語文程度 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 常会話が可能 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 発語不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音		よく話すが一方的になりやすい。 サ行の発音が難しい。
⑧指示理解	理解が難しい <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 簡単な指示は分かる <input type="checkbox"/> 一斉指示が分かる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 絵・写真カード使用		一度に複数の指示を理解することは難しい。
⑨文字	関心なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 読める文字がある <input type="checkbox"/> だいたい読める <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ひらがなを書くことができる		
⑩数	関心なし <input type="checkbox"/> 数字を言える <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 数えられる <input type="checkbox"/>		5程度までであれば、数えることができる。
⑪対人面	成立しない <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 大人とは成立 <input type="checkbox"/> 同年代とも成立 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 対人面での配慮が必要		思い通りにならないと、手が出ることもある。
⑫集団参加	参加が難しい <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 部分的に参加できる <input type="checkbox"/> 参加できる <input type="checkbox"/>		行事など、いつもと違う環境や人が多い場面は嫌がるが多い。
⑬登園の状況	登園していない <input type="checkbox"/> 部分的に登園 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 毎日登園 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 登園への配慮が必要		学年が変わる時などに、登園をしづむことがある。
⑭行動面	A <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きがなくじっとしていられない E <input type="checkbox"/> 興奮したり気分が不安定になったりする B <input type="checkbox"/> 目の届かないところへ行ってしまう F <input type="checkbox"/> 感覚過敏がある (聴覚・触覚など) C <input type="checkbox"/> 危険な物や場所の認識が難しい G <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたすこだわりがある D <input type="checkbox"/> 他人や自分の身体を傷つけることがある H <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替わりに苦労する		詳しい説明 思い通りにならないと癇癪を 起こし、クールダウンに時間 がかかる。

⑭のみ、当てはまるものすべてに○をしてください。

⑮家庭での様子	思い通りにならないと癇癪を起こし、大声を出したりドアを叩いたりする。ブロックをすることやYouTubeを観ることを好み、好きなことをしている時は集中している。
⑯よいところ・伸ばしたいところ	好きなことにはじっくりと取り組めるが、興味がなくなったりうまくいかないと感じるとすぐやめてしまう。一つの課題に取り組む時間が徐々に長くなってくればと思っている。

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。

7. 就学相談・就学先

就学相談を希望された経緯 就学相談で相談したいこと	同年代とのコミュニケーションに課題を感じており、集団生活が心配である。特別支援学級での支援について知りたい。 特別支援学級と通常の学級のどちらが本人にとって適した環境であるか、非常に悩んでいる。特別支援学級は本人のペースに合わせた対応ができると聞いているが、同年代の子との関わりが少なくなってしまうのではないかと心配している。
検討中の就学先(複数でもかまいません)	・特別支援学校 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> そだちの教室 <input type="checkbox"/> ・希望しない <input type="checkbox"/>

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 : 】