

就 学 相 談 申 込 書

よみがな		性別	住所	
名前		男・女	電話	
よみがな		続柄	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
保護者名			在籍校 在籍園所	

1 家族構成（本人も記入をお願いします。）

名 前	本人との続柄	年齢	在籍校園等・学年

2 本人の生育歴

○ 出生時の様子について記入してください

体重 g 身長 c m
胸囲 c m 頭囲 c m

その他参考事項

○ 乳幼児期の発達について記入してください

首のすわり () ヶ月 1人座り () ヶ月
歩き始め () ヶ月 始語 () ヶ月

その他参考事項

○ 医療機関、相談機関等との相談歴について該当する項目に ○ を記入してください

【1歳半健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはない

【3歳児健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはない

3 医療機関や相談機関等

○ 発達について相談・受診されたことのある医療機関や相談機関を記入してください
(なければ記入不要です。)

病院・相談機関等の名称				
診断名				
発達検査等 (結果の提供 可・不可)	検査名	新版K式 WISC-IV その他 ()	全検査IQ 全領域DQ	
	検査場所		検査日	令和 年 月 日

4 日常生活の状況

- あてはまるところを ○ で囲んでください。

排泄 (全面介助 一部介助 どうか1人でできる 1人でできる)
食事 (全面介助 一部介助 どうか1人でできる 1人でできる)
着替え (全面介助 一部介助 どうか1人でできる 1人でできる)
移動 (介助が必要 なんとか1人で歩くことができる 1人でできる)
補助具使用 () を使用する。

- 食物アレルギーについて当てはまるものを記入してください。

食物アレルギーが () ある ()
() ない

- 常時服用している薬があれば記入してください。

薬名 () 服薬時間帯 ()

- 学校で実施する必要がある医療的ケアがあれば、該当する項目を ○ で囲んでください。

痰の吸引 経管栄養 導尿 気管切開部の管理 酸素吸入
その他 ()
看護師派遣の希望について 希望する 希望しない その他 ()

- その他、配慮が必要なことを記入してください。

※ お子様の在籍校園での学習・生活の様子について、居住地校（住所をもとにした地域の学校）から情報提供を依頼することがあります。

5 手帳の有無

療育手帳 無 ・ 有 (A B1 B2) (令和 年 月交付・更新)
身体障害者手帳 無 ・ 有 (種 級) (令和 年 月交付・更新)
その他 ()

6 療育等

児発、放デイ等事業所名 () 月 () 回

7 就学における意向

() 訪問教育
() 特別支援学校 … () 知的障害 () 肢体不自由 () その他 ()
() 特別支援学級 … () 知的障害学級 () 自閉症・情緒障害学級
() 肢体不自由学級 () 病弱学級 () 難聴学級 () 弱視学級
() 通常の学級
() 迷っている …

- 就学に関する具体的な希望や心配事、相談したいことを記入してください。

- 教育委員会での個別面談を希望しますか。 () 希望する () 希望しない

※ 希望しない場合であっても、教育委員会から個人面談をお願いすることがあります。ご了承ください。

※ 個人情報に関しましては、就学相談及び教育支援委員会での審議にのみ使用します。

ご記入いただきありがとうございました。