

取扱注意

就学相談申込票（兼 相談・支援資料）

記入例

（就学相談資料 1）①

記入日	令和●●年 4月 17日（水）	記入者 名前	扶桑 花子		本人との 続柄	母
ふりがな	ふそう たろう		性別	生年月日		
本人 名前	扶桑 太郎		男	平成	令和 26年 6月 12日	
保護者 名前	扶桑 一郎	幼稚園・保育園・こども園 で加配の先生がついてい たら有に○	TEL	日中連絡の取りやすい方の携 帯番号をお願いします		
現住所	〒 480-0102 扶桑町大字高雄字天道 330 番地		【自宅】	0567-00-0000		
			【携帯】	090-0000-0000（母） 平日 12時-13時 17時以降		
所 属	ふそう		加配有無	担任名		
	保育園 幼稚園		有	鈴木 次		
家族及び 同居人等 （本人除く）	本人との 関係	氏 名	年 齢	学 年		
	父	扶桑 一郎	40		〇〇〇	
	母	扶桑 花子	38		△△△	
	姉	扶桑 桃子	8	2年生	□□小学校	
近隣の特別支援学校			特別支援学級の種類			
<知的な遅れ> 一宮東特別支援学校 <手足が不自由> 小牧特別支援学校 <目が不自由> 名古屋盲学校 <耳が不自由> 一宮聾学校 <病気療養> 大府特別支援学校			弱視 難聴 知的障害 病弱・身体虚弱 肢体不自由 言語障害 自閉症・情緒障害			
現在考えておられる先、入級希望について○をつけてください 就学相談後、記入いたしても構いません。			・（ ）特別支援学校 <u>居住校区小学校の特別支援学級</u> ・居住区小学校の通常学級		居住校区 （ □□ ）小学校	

就学にあたり、心配な事・気になること・学校に伝えたいことをお書きください。

自閉症スペクトラムの診断を受けており、保育園では加配の先生をつけてもらっています。見通しが持てないことや、初めてのことに對する不安が高く保育園では視覚支援をしてもらっています。また一斉指示では理解が十分でないこと、こだわりも強く、衝動的に動いてしまうことも多いため、個別に声掛けをしてもらったり、わかりやすく短い指示をもらったりと、工夫していただいております。

コミュニケーションが一方向的であったり、一斉指示の理解が十分であったり、パニックになった時にクールダウンするのに時間がかかったりすることなど、通常学級の大人数の中では、本人のとまどいやお友達とのトラブルが多くなってしまわないかと思ひ、通常学級がいいのか、特別支援学級がいいのか悩んでいます。

名前 ( 扶桑 太郎 )

(就学相談資料 1) ②

あてはまるところに○をつけてください

	安心	やや心配	心配	必要な支援等があれば記入してください
<b>身体に関すること</b>				
身体や手指の動き、器用さ、動作について	<input checked="" type="radio"/>			
目の見え方、耳の聞こえ方		<input checked="" type="radio"/>		音過敏あり。イヤーマフ使用。
<b>基本的な生活習慣に関すること</b>				
食事（給食等）について		<input checked="" type="radio"/>		偏食あり。残したい意思表示の手助け
トイレについて	<input checked="" type="radio"/>			
持ち物の片づけについて			<input checked="" type="radio"/>	ラベリングなど視覚支援
着替えについて		<input checked="" type="radio"/>		前後ろ等声掛け
<b>学習に関すること</b>				
文字や数字への興味について	<input checked="" type="radio"/>			
文字の認識について（自分の名前を見分ける等）	<input checked="" type="radio"/>			
数の理解について	<input checked="" type="radio"/>			
色の認識について	<input checked="" type="radio"/>			
一斉指導についての理解と行動について			<input checked="" type="radio"/>	個別の指示、短くわかりやすい指示
<b>人とのかかわりに関すること</b>				
同年齢の子どもとの遊びについて			<input checked="" type="radio"/>	役割交代等見本と体験必要
大人との関わりについて		<input checked="" type="radio"/>		距離が近くなりすぎないように配慮
視線や相手の表情を気にかけることについて			<input checked="" type="radio"/>	相手の気持ちを大人が代弁
簡単なルールの理解について（じゃんけんやトランプ等）		<input checked="" type="radio"/>		共通理解できているか確認。
集団での動き、行事の参加について			<input checked="" type="radio"/>	スケジュールやタイムタイマー
初めての場所や初めての人について		<input checked="" type="radio"/>		事前の（視覚的）予告
<b>行動・情緒に関すること</b>				
順番を待つことについて		<input checked="" type="radio"/>		視覚的支援
必要に応じて我慢をすることについて		<input checked="" type="radio"/>		視覚的支援
気持ちの切り替えについて			<input checked="" type="radio"/>	クールダウンスペース
ものへの興味・関心について			<input checked="" type="radio"/>	没頭していい時間の確保
自分の思いを伝えることについて		<input checked="" type="radio"/>		大人を介して伝え合う

障害名及び疾病名 (医療機関)	なし ・ <b>あり</b> 自閉症スペクトラム ( ××病院 発達外来 )
所持する手帳等 ( <b>なし</b> ・ あり ) ・療育手帳 ( A ・ B ・ C )	取得年月日 ( 年 月 日 ) 更新年月日 ( 年 月 日 )
・身体障害者手帳 ( 障害 級 種 )	取得年月日 ( 年 月 日 )
・精神障害者保健福祉手帳 ( 級 )	取得年月日 ( 年 月 日 )
けいれん	<b>なし</b> 服薬【1日 回(朝・昼・夕・夜)薬品名】 原因【てんかん・熱性・その他】 様子【】 対応【】
アレルギー	なし 服薬【1日 回(朝・昼・夕・夜)薬品名】 原因【 卵 】 <b>あり</b> 症状【 蕁麻疹 】 対応【 給食は除去食。アナフィラキシーが出た時はエピペン使用後救急車を呼ぶ 】
その他 ( )	<b>なし</b> 服薬【1日 回(朝・昼・夕・夜)薬品名】 症状【】 対応【】 その他【】
視覚障害	<b>なし</b> 【 裸眼視力 : 右 ・ 左 】 ・ 【 矯正視力 : 右 ・ 左 】 <b>あり</b> 【 めがね : なし ・ あり 】
聴覚障害	<b>なし</b> 【 右 dB ・ 左 dB / 補聴器 なし ・ あり 】 ・ <b>あり</b>
検査結果	なし 【検査名:新版K式発達検査 ・ 田中ビネーV ・ WISC-IV】 ・ その他 <b>あり</b> 【結果:IQ(知能指数) 95 /DQ(発達指数)】 ・ その他

### 同意書

○ 就学相談にあたり、必要な情報を幼稚園・保育園(所)・こども園・児童発達支援事業所・相談機関等から収集することに同意します。

○ 収集した情報及び、幼稚園・保育園(所)・こども園を支援の資料として活用することに同意します。

令和 5年 4月 17日

署名は、本人の直筆でお願いします。  
お母様が署名をされるときは、お母様のお名前をお願いします。

保護者氏名(署名) 扶桑 一郎