

取扱注意

就学相談申込票（兼 相談・支援資料）

（就学相談資料1）①

記入日	令和 年 月 日（ ）	記入者 名前		本人との 続柄	
ふりがな		性別	生年月日		
本人 名前			平成・令和	年 月 日	
保護者 名前			TEL		
現住所	〒 -		【自宅】 - -	【携帯】 - -	
所属		保育園 幼稚園	加配有無 有・無	担任名	
家族及び 同居人等 (本人除く)	本人との 関係	氏 名	年 齢	学 年	勤務先・在学機関名等
現在考えておられる就学希望先、入級希望について○をつけてください。 就学相談後、記入いただいても構いません。 ●（ ）特別支援学校 ● 居住校区小学校の特別支援学級 ● 居住校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。					

名前 ()

(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
身体に関すること				
身体や手指の動き、器用さ、動作について				
目の見え方、耳の聞こえ方				
基本的な生活習慣に関すること				
食事（給食等）について				
トイレについて				
持ち物の片づけについて				
着替えについて				
学習に関すること				
文字や数字への興味について				
文字の認識について（自分の名前を見分ける等）				
数の理解について				
色の認識について				
一斉指導についての理解と行動について				
人とのかかわりに関すること				
同年齢の子どもとの遊びについて				
大人との関わりについて				
視線や相手の表情を気にかけることについて				
簡単なルールの理解について（じゃんけんやトランプ等）				
集団での動き、行事の参加について				
初めての場所や初めての人について				
行動・情緒に関すること				
順番を待つことについて				
必要に応じて我慢をすることについて				
気持ちの切り替えについて				
ものへの興味・関心について				
自分の思いを伝えることについて				

名前 ()

(就学相談資料1) ③

障害名及び疾病名 (医療機関)	なし ・ あり	()
所持する手帳等 (なし ・ 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	なし ・ あり	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 ・ あり	服薬【1日 回(朝・昼・夕・夜)薬品名】 原因【】 症状【】 対応【】
その他 ()	なし ・ あり	服薬【1日 回(朝・昼・夕・夜)薬品名】 症状【】 対応【】 その他【】
視覚障害	なし ・ あり	【裸眼視力：右 ・ 左】 【矯正視力：右 ・ 左】 【めがね：なし ・ あり】
聴覚障害	なし ・ あり	【右 dB ・ 左 dB / 補聴器 なし ・ あり】
検査結果	なし ・ あり	【検査名：新版K式発達検査 ・ 田中ビネーV ・ WISC-IV その他】 【結果：IQ (知能指数) / 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・発達支援センター・保健センター・相談機関等から収集し、また、関係機関と共有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・発達支援センター・保健センター・相談機関等から提供された情報を支援の資料として活用することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名(署名) _____