

就学相談票 【すばるⅠ】

令和 年 月 日記入

フリガナ			性別	生年月日・年齢	
お子さんの氏名			男・女	年 月 日生	
保護者の氏名	父親	母親	続柄		
住所	〒 電話 () 携帯電話				
緊急時の連絡先	電話 () 携帯電話				
手帳	愛の手帳 () 度 年 月 日交付	なし 申請中	身体障害者手帳 () 種 級 年 月 日交付	なし 申請中	
現在の教育の場所等	1 通所施設、グループ等に通っている。 () (週 回)				
	2 保育園または幼稚園に通っている。 () (週 回)				
	3 特別支援学校の幼稚部に通っている。 () 学校)				
	4 通所施設や保育園・幼稚園に通わずに家庭で育てている。				
	5 病院に入院中である。 () 病院)				
	6 療育施設等に入所している。 ()				
	7 通常の学級に通学している。 () 立 学校)				
	8 特別支援学級(知的)に通学している。 () 立 学校)				
	9 特別支援学校(視覚・聴覚・知的)に通学している。 () 立 学校)				
	10 特別支援学校の訪問教育を受けている。 () 立 学校)				
	11 その他 ()				
就学先の希望	<就学相談開始時点の希望校>				
	1 通常の学級 () 立 学校 / 学区域・指定校変更希望)				
	2 特別支援学級(知的) () 立 学校)				
	3 特別支援学校(視覚) () 立 学校)				
	4 特別支援学校(聴覚) () 立 学校)				
	5 特別支援学校(肢体不自由) () 立 学校)				
	6 訪問教育 () 立 学校)				
	7 特別支援学校(知的) () 立 学校)				
	8 特別支援学校(病弱) () 立 学校)				
9 その他 ()					

申告票 1

児童・生徒氏名： _____

記入者： _____

現在の様子 ☆家庭や園・学校で ・困っていること ・気になること	
---	--

出生時のようす	出生時身長 cm 出生時体重 g
	【特記事項】

発育のようす	①首のすわり	歳 カ月	②寝返り	歳 カ月
	③おすわり	歳 カ月	④はいはい	歳 カ月
	⑤つかまり立ち	歳 カ月	⑥歩き始め	歳 カ月
	⑦初語	歳 カ月	⑧熱性けいれん	歳 カ月
	【特記事項】			

育児の上で 気になったこと	<input type="checkbox"/> 視線が合わなかった	<input type="checkbox"/> 人見知りをしなかった
	<input type="checkbox"/> 後追いをしなかった	<input type="checkbox"/> 動作の模倣が少なかった
	<input type="checkbox"/> 大人が指さしたのを見なかった	
	<input type="checkbox"/> 指さしたものを大人に伝えなかった	
	<input type="checkbox"/> 抱かれることを嫌がった（抱きにくかった）	
	<input type="checkbox"/> 昼寝をしない、眠りが浅い、夜泣き	
	<input type="checkbox"/> 育てやすくおとなしかった	<input type="checkbox"/> とても手がかかった
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

現在の健康状態や成長・発達の様子など

現在の身長・体重	身長 cm 体重 kg
----------	--

診断名（病名等）	
----------	--

医療について	医療機関名	① _____ (_____ 科)	
		② _____ (_____ 科)	
		③ _____ (_____ 科)	
	発作 あり・なし アレルギー あり・なし	服薬	① 薬剤名： _____ (朝・昼・夕・晩)
			② 薬剤名： _____ (朝・昼・夕・晩)
			③ 薬剤名： _____ (朝・昼・夕・晩)
			④ 薬剤名： _____ (朝・昼・夕・晩)
医療的ケア あり・なし	内容		

【学校生活を送る上での配慮事項】

諸検査の記録	実施した機関名	実施した検査名	実施時期
	① _____	_____	年 月
	② _____	_____	年 月

申告票 2

現在通っている保育園・幼稚園、療育・相談機関、学校等		
	名 称	利 用 期 間
保育園・幼稚園		年 月～
療育・相談機関		年 月～
		年 月～
学 校	立 学校 第 学年 組 在学	
そ の 他		

就学先の希望等について					
就学を希望する学校			学校見学	体験入学	
区市町村立学校	立	学校	通常・特別支援学級・養護	有・無	有・無
	立	学校	通常・特別支援学級・養護	有・無	有・無
都立学校	都立	盲学校		有・無	有・無
	都立	ろう学校		有・無	有・無
	都立	特別支援学校	肢・知・病・訪	有・無	有・無
	都立	学園	肢・知・病・訪	有・無	有・無
【就学に関する保護者の意向（希望の理由など）】					

通学の方法		
() 一人で通学する。	徒歩・交通機関利用	分くらい
() 保護者等が送迎する。	徒歩・交通機関利用・自家用車	分くらい
() スクールバスの利用を希望する。	車いすでの乗車希望（有・無）	
【通学に伴う課題や要望など】		

申告票 3

学校教育に対する期待	

就学後も継続して利用したいサービス		
	名 称	利 用 頻 度
福祉機関		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
医療機関		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
療育機関		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
その他のサービス		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回

就学相談での資料（担任所見、検査、診断書等）を学校に送付することに **同意します** **同意しません**

*教育委員会・学校が記入する。

○就学先	学校	通常の学級・特別支援学級・養護
○副 籍	間接交流	（学校・学年・学級便りの交換 その他）
	直接交流	（行事 教科 その他）
	地域指定校（予定）	杉並区立 小学校
○伝達事項		