

取扱注意

【表面】

# 就学相談申込票（就学に向けての相談・支援資料）

記入例

（就学相談資料Ⅰ）

記入日	令和 〇〇年 〇月 〇日（〇）	記入者 名前	堺 花子		本人との 続柄	母
ふりがな	さかい じろう		性別	生年月日		
本人 名前	堺 二郎		男	平成 〇〇年 〇月 〇日生 入学年度 4月1日現在の年齢（ 〇 ）歳		
保護者 名前	堺 太郎		TEL		【自宅】〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
現住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 堺市〇区〇〇台〇丁〇-〇		【携帯】〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		FAX 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
所属	堺市立 〇〇 保育所		担任名		〇〇 〇〇	
家族及び 同居人等 (本人除く)	本人との 関係	氏 名	年齢 入学年度 4月1日現在	学年 入学年度 4月1日現在	備 考	
	父	堺 太郎	〇〇			
	母	堺 花子	〇〇			
	兄	堺 一郎	〇〇	中2	〇〇〇中学校	
	姉	堺 はな	〇〇	小3	〇〇〇小学校支援学級	
現在考えておられる就学希望先、入級希望について〇をつけてください。 就学相談後、記入いただいても構いません。			居住校区		( 〇〇〇 ) 小学校	
○ ( 〇〇〇 ) 支援学校    ○ 小学校支援学級    ・ 小学校通常の学級						
就学にあたり、気になることを書いてください。						
〇〇〇支援学校と〇〇小学校の支援学級とで迷っている。 お友だちとのコミュニケーションがうまくとれないので、不安がある。 集団の活動の流れにそって行動できない場面がある。学習面の不安が大きい。 全体に発達力がゆっくりなので、小学校生活が判別し送れるか心配である。 ことは数が少ないがお友だちが好きなので、地域の小学校で学ばせたい。 生活全般で介助が必要であるが、どのような支援があるのか。 聴覚支援学校・視覚支援学校での、検査や相談を受けたい。						

障害名及び疾病名	〇〇〇〇 ・ 〇〇〇〇		
所持する手帳等（なし・あり）	療育手帳（ A ・ B1 ・ B2 ）		
身体障害者手帳（〇級 〇〇〇〇〇〇 障害）	取得年月日（ 〇〇年 〇月 〇〇日 ）		
精神障害者保健福祉手帳（ 〇級 ）	更新年月日（ 〇〇年 〇月 〇〇日 ）		
取得年月日（ 〇〇年 〇月 〇〇日 ）	取得年月日（ 〇〇年 〇月 〇〇日 ）		
けいれん	なし・あり	服薬【 1日 2回（朝・昼・夕・夜）薬品名 〇〇〇〇 頻度【 半年に1度のペースで大発作（けいれんが5分以上続く）がおこっている。 様子【 日常生活では制限していることはない。 対応【 けいれんが5分以上続く場合は救急搬送。	
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 症状【 対応【 その他【	
視覚障害	なし・あり	【 裸眼視力： 右 〇〇 ・ 左 〇〇 【 矯正視力： 右 〇〇 ・ 左 〇〇 ・ 眼鏡 なし・あり 】	
聴覚障害	なし・あり	【 右 〇〇dB ・ 左 〇〇dB ・ 補聴器 なし・あり 】	
通園・通所・通院及び相談歴			
	施設名・機関名	期間	様子・診断・所見等
通園・通所歴	〇〇教室	平成・令和〇年 〇月～平成・令和 〇年 〇月	週〇日（担当 〇〇先生）
	〇〇並行通園	平成・令和〇年 〇月～平成・令和 〇年 〇月	週〇日（担当 〇〇先生）
	〇〇園	平成・令和〇年 〇月～平成・令和 〇年 〇月	平成〇年〇月まで通園（担当 〇〇先生）
通院歴	〇〇センター	平成・令和〇年 〇月～平成・令和 〇年 〇月	自閉症と診断される（〇〇医師）
	〇〇病院	平成・令和〇年 〇月～平成・令和 〇年 〇月	発達障害と診断される（〇〇医師）
	〇〇診療所	平成・令和〇年 〇月～平成・令和 〇年 〇月	けいれん（定期受診 1ヶ月に一度）
相談歴	保健センター	平成・令和 〇年 〇月	発達の遅れについて（保健師 〇〇さん）
	訪問支援	平成・令和 〇年 〇月	園での関わり方について（〇〇さん）
	〇〇病院	平成・令和 〇年 〇月	〇〇検査を受ける（小児科 〇〇医師）

医療機関や相談機関  
等での内容を  
記入してください。