取扱注意

【表面】

就学相談申込票（兼　就学に向けての相談・支援資料）

（就学相談資料Ⅰ）

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　日生 入学年度　4月1日現在の年齢（　　）歳
保護者名前			TEL 【自宅】　－　－
現住所	〒　ー		【携帯】　－　－ FAX　－　－
所属			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 入学年度 4月1日現在	学年 入学年度 4月1日現在	備考

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。 ・（　　）支援学校　・小学校支援学級　・小学校通常の学級	居住校区 （　　）小学校

就学にあたり、気になることを書いてください。

障害名及び疾病名	

所持する手帳等（ なし ・ あり ）

療育手帳（ A ・ B1 ・ B2 ）	取得年月日（ 年 月 日）	
	更新年月日（ 年 月 日）	
身体障害者手帳（ 級 障害）	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【 】 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 ・ 眼鏡 なし・あり 】
聴覚障害	なし・あり	【 右 dB ・ 左 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		平成・令和　年　月～平成・令和　年　月	
		平成・令和　年　月～平成・令和　年　月	
		平成・令和　年　月～平成・令和　年　月	
通院歴		平成・令和　年　月～平成・令和　年　月	
		平成・令和　年　月～平成・令和　年　月	
		平成・令和　年　月～平成・令和　年　月	
相談歴		平成・令和　年　月	
		平成・令和　年　月	
		平成・令和　年　月	