

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・令和〇〇年 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 【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		
現住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 堺市〇区〇〇台〇丁〇－〇						
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（ 〇〇〇 ）支援学校 〇小学校支援学級 ・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。 全体に発達がゆっくりなので、小学校生活が順調に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 ） 取得年月日（ 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 ） 更新年月日（ 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 ） 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 ） 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）