就学相談申込書

よみがな		性別	住所	
名前		男・女	電話	
よみがな		続柄	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
保護者名			在籍校 在籍園所	

1 家族構成 (本人も記入をお願いします。)

名 前	本人との続柄	年齢	在籍校園等・学年

2 本人の生育歴

○ 出生時の様子について記入してください

体重 g 身長 c m
 胸囲 c m 頭囲 c m

その他参考事項

○ 乳幼児期の発達について記入してください

首のすわり () ヶ月 1人座り () ヶ月
 歩き始め () ヶ月 始語 () ヶ月

その他参考事項

○ 医療機関、相談機関等との相談歴について該当する項目に○を記入してください

【1歳半健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはなかった

【3歳児健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはなかった

3 医療機関や相談機関等

○ 発達について相談・受診されたことのある医療機関や相談機関を記入してください (なければ記入不要です。)

病院・相談機関等の名称				
診断名				
発達検査等 (結果の提供 可・不可)	検査名	新版K式 WISC-IV その他 ()	全検査IQ 全領域DQ	
	検査場所		検査日	令和 年 月 日

4 日常生活の状況

○ あてはまるところを○で囲んでください。

- 排泄 (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
食事 (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
着替え (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
移動 (介助が必要 なんとか1人で歩くことができる 1人でできる)
補助具使用 () を使用する。

○ 学校で実施する必要がある医療的ケアがあれば、該当する項目を○で囲んでください。

- 痰の吸引 経管栄養 導尿 気管切開部の管理 酸素吸入
その他 ()
看護師派遣の希望について 希望する 希望しない その他 ()

○ その他、配慮が必要なことを記入してください。

※ お子様の在籍校園での学習・生活の様子について、居住地校（住所をもとにした地域の学校）から情報提供を依頼することがあります。

5 手帳の有無

- 療育手帳 無 ・ 有 (A B1 B2) (令和 年 月交付・更新)
身体障害者手帳 無 ・ 有 (種 級) (令和 年 月交付・更新)
その他 ()

6 就学における意向

- () 訪問教育
() 特別支援学校 … () 知的障害 () 肢体不自由 () その他 ()
() 特別支援学級 … () 知的障害学級 () 自閉症・情緒障害学級
() 肢体不自由学級 () 病弱学級
() 難聴学級 () 弱視学級
() 通常の学級
() 迷っている …

○ 就学に関する具体的な希望や心配事、相談したいことを記入してください。

○ 教育委員会での個別面談を希望しますか。 () 希望する () 希望しない

※ 希望しない場合であっても、教育委員会から個人面談をお願いすることがあります。ご了承願います。

※ 個人情報に関しましては、就学相談及び教育支援委員会での審議にのみ使用します。

ご記入いただきありがとうございました。

記入例

就学相談申込書

よみがな	あまがさき たろう	性別	住所	尼崎市三反田町1丁目1-1
名前	尼崎 太郎	男	電話	06-6423-2553
よみがな	あまがさき だいすけ	続柄	生年月日	平成・令和元年 6月10日 (6歳)
保護者名	尼崎 大介	父	在籍校 在籍園所	尼崎市立〇〇幼稚園

1 家族構成 (本人も記入をお願いします。)

名前	本人との続柄	年齢	在籍校園等・学年
尼崎 大介	父	38	
尼崎 花子	母	38	
尼崎 一郎	長男	10	尼崎市立〇〇小学校 4年
尼崎 太郎	本人	6	尼崎市立〇〇幼稚園
尼崎 ゆう子	長女	2	□□保育所

2 本人の生育歴

○ 出生時の様子について記入してください

体重	2980	g	身長	50	cm
胸囲	31	cm	頭囲	31	cm

その他参考事項

【例】
ダウン症と診断された

○ 乳幼児期の発達について記入してください

首のすわり (3)ヶ月 1人座り (6)ヶ月
歩き始め (12)ヶ月 始語 (20)ヶ月

その他参考事項

【例】
発達は全体的にゆっくりだった

○ 医療機関、相談機関等との相談歴について該当する欄に○を記入してください

【1歳半健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはなかった
 気になったところ 身近な物の指差しができなかった。発達の遅れを指摘された

【3歳児健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはなかった
 気になったところ 言語面での発達の遅れを指摘された。

3 医療機関や相談機関等

○ 発達について相談・受診されたことのある医療機関や相談機関を記入してください (なければ記入不要です。)

病院・相談機関等の名称	〇〇クリニック			
診断名	知的障害			
発達検査等 (結果の提供 可 不可)	検査名	新版K式 WISC-IV その他 ()	全検査IQ 全領域DQ	60
	検査場所	〇〇クリニック	検査日	令和 6年12月15日

4 日常生活の状況

○ あてはまるところを○で囲んでください。

- 排泄 (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
食事 (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
着替え (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
移動 (介助が必要 なんとか1人で歩くことができる 1人でできる)
補助具使用 (【例】電動車いす、バギー、短下肢装具、PCW、クラッチ 等) を使用する。

○ 学校で実施する必要がある医療的ケアがあれば、該当する項目を○で囲んでください。

- 痰の吸引 経管栄養 導尿 気管切開部の管理 酸素吸入
その他 (【例】人工呼吸器管理 等)
看護師派遣の希望について 希望する 希望しない その他 ()

○ その他、配慮が必要なことを記入してください。

【例】トイレの失敗があると思うので、その時はどこかで着替える時間や場所を配慮してほしい

※ お子様の在籍校園での学習・生活の様子について、居住地校（住所をもとにした地域の学校）から情報提供を依頼することがあります。

5 手帳の有無

- 療育手帳 無 有 (A B1 B2) (令和 6年 8月交付・更新)
身体障害者手帳 無 有 (種 級) (令和 年 月交付・更新)
その他 (【例】精神障害者保健福祉手帳 等)

6 就学における意向

- () 訪問教育
() 特別支援学校 … () 知的障害 () 肢体不自由 () その他 ()
(○) 特別支援学級 … (○) 知的障害学級 () 自閉症・情緒障害学級
() 肢体不自由学級 () 病弱学級
() 難聴学級 () 弱視学級
() 通常の学級
() 迷っている …

○ 就学に関する具体的な希望や心配事、相談したいことを記入してください。

小学校は地域の学校で、幼稚園のときにできた友達と一緒に集団生活を経験してほしい。知的発達の様子を見ながら、中学校以降の進路については考えていきたいが、将来の自立のために、行く行くは特別支援学校への就学も必要かと考えている。

○ 教育委員会での個別面談を希望しますか。 () 希望する (○) 希望しない

※ 希望しない場合であっても、教育委員会から個人面談をお願いすることがあります。ご了承願います。

※ 個人情報に関しましては、就学相談及び教育支援委員会での審議にのみ使用します。

ご記入いただきありがとうございました。