【就学相談申請書】

就学支援ファイル

ふりがな			
お子さんの氏名	(男・女)		
保護者氏名（世帯主）		生年月日 年齢 （申請時）	20　年(平成・令和　年) 月　日　歳
在籍校・学年 進学予定校	学校・　年	【進学予定校（小6の方）】	
または在籍園 入学予定校		【入学予定校（年長の方）】	
お子さんの住所	〒 八王子市 ※転入予定の方は、転入前住所および転入予定日をご記入ください 〒 転入予定日　令和　年　月　日		
連絡先	第１連絡先　（　）　続柄（　）		
	第２連絡先　（　）　続柄（　）		
希望する支援の種別 （検討したいものに○をつけてください）	①特別支援教室 （週に１回、通常の学級から抜けて指導を受ける）	②特別支援学級 （知的障害・固定制）	

就学相談について	今回初めて受ける　・　受けたことがある	前回、受けたのはいつ頃 令和・平成　年	
これまでの支援について	特別支援教室	なし　・　利用している　・　利用していた	
	特別支援学級	なし　・　在籍している　・　在籍していた	
	きこえとことばの教室	なし　・　利用している　・　利用していた	

※教育センターで電話等対応できる時間は、平日（８：30～17：00）のみとなります

上記のとおり、就学相談を申請します。

令和　年　月　日

保護者（申請者）氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

確認票

お子さんの氏名（　　）

A 未就学児の保護者の方へ（該当する□にレ点チェックを入れてください）

＜ご提出していただくもの＞

□ 支援ファイル表紙（必須）
□ 確認票（必須）
□ 面接票A～D（必須）
□ 知能検査のコピー（申込時になくてもよい）
（WISC、田中ビネー、WPPSI）
※わかる範囲で記入してください

□検査日（予定）　　月　　日
□結果受取日（予定）　　月　　日
※申込時、月齢的に検査結果が提出できない方は、９月末頃までの提出が必須です

□ 医師診察記録（支援学級の方のみ必須）
※面談時に、所定の用紙をお渡しします。
※わかる範囲で記入してください

□次回診察日（予定）　　月　　日
※９月末頃までの提出が必須です

□ お子さんの発達状況がわかる資料（あれば）
（新版Ｋ式、障害者手帳のコピーなど）

【特別支援教室をご希望の方】
・面談後に、入学予定校の特別支援教室を見学していただきます。

【特別支援学級をご希望の方】
・面談後に、自宅から一番近い特別支援学級で、見学・体験をしていただきます。日程は相談員が調整します。

B 小学生・中学生の保護者の方へ（該当する□にレ点チェックを入れてください）

＜ご提出していただくもの＞

□ 支援ファイル表紙（必須）
□ 確認票（必須）
□ 面接票A～D（必須）
□ 知能検査のコピー（必須）
（WISC、田中ビネー、WPPSI）
※検査日が申込時より2年以内のもの
□ 医師診察記録（支援学級の方のみ必須）
※面談時に、所定の用紙をお渡しします。
なお、事前に学校からお渡しする場合もあります。
※わかる範囲で記入してください

□次回診察日（予定）　　月　　日
※９月末頃までの提出が必須です

※すでにお持ちの方は提出してください
□ お子さんの発達状況がわかる資料（あれば）
（障害者手帳のコピーなど）

【特別支援教室をご希望の方】
・在籍校で見学（中学生は体験も）を済ませてから、お申込みください。

□見学日（小・中）　　月　　日
□体験日（中のみ）　　月　　日

※現在、６年生で中学１年生からご希望の方は、面談後に、見学・体験をしていただきます。

【特別支援学級をご希望の方】
・在籍校に特別支援学級がある場合は、見学と体験を済ませてからお申込みください。

□見学日　　月　　日
□体験日　　月　　日

※在籍校に特別支援学級がない場合は、面談後に、自宅から一番近い特別支援学級で見学・体験をしていただきます。日程は相談員が調整します。

★ 注意事項／AB共通（お読みになり、□にレ点チェックを入れてください）

□ 【面談について】
・受付後、**八王子市教育センター（散田町2-37-1）**で、**お子さんと保護者の方と面談**を行います。
□ 【面談の予約について】
・担当相談員から、**面談の予約をさせていただくために電話でご連絡**します。こちらからの連絡は、**042-664-7524の番号から発信**しますので登録をお願いします。なお、**連絡が複数回つながらない場合は、次の方を優先**させていただきます（折り返しのお電話をいただけるとありがたいです）。
□ 【希望する支援を受けるにあたって】
・支援を受けるための判定を出すためには、**面談および必要書類の提出、見学・体験等が必要**になります。**それらが全て整わないと、年度内にご希望の支援が受けられなくなります**のでご注意ください。

面接票A

お子さんの氏名　（　　）

■家族構成について

	家族の氏名	現在の状況
父		
母		

■お子さんの様子について（家庭や学校で困っていることや気になることなど）

■保護者の意向について（支援を希望する理由や期待することなど）

■これまでの発育の経過および育児のうえで気になったことについて

出生時の身長	出生時の体重	特記事項
cm	g	
現在の身長	現在の体重	特記事項
cm	Kg	

□ 首のすわり	歳	カ月	□ つかまり立ち	歳	カ月
□ 寝返り	歳	カ月	□ 歩き始め	歳	カ月
□ おすわり	歳	カ月	□ 発語	歳	カ月
□ はいはい	歳	カ月	□ 人見知り	歳	カ月

□ 視線が合わなかった	□ 人見知りしなかった
□ 動作の模倣が少なかった	□ 指さし（共同注視）をしなかった
□ 抱かれることを嫌がった（抱きにくかった）	□ 昼寝をしない、眠りが浅い、夜泣き
□ 母親の後追いをしなかった	□ とても手がかかった
□ 育てやすくおとなしかった	□ 特になし

面接票B

お子さんの氏名 （　　）

■医療について

現在、通院している 発達に関する 医療機関名（何科）			
診断名（病名等）			
診断を受けた病院等			
発達に関する 服薬	あり	**【薬剤名】** （朝・昼・夜） **【薬剤名】** （朝・昼・夜） **【薬剤名】** （朝・昼・夜）	なし
発作に関する服薬	あり	**【薬剤名】** （朝・昼・夜）	なし
アレルギー	あり	**【アレルゲン】**	なし
医療的ケア	あり	**【内容】**	なし

■これまでに実施した発達検査について（WISC、田中ビネー、WPPSIなど）

検査名	実施機関	実施日
		20　年　月　日
		20　年　月　日

■手帳について

愛の手帳（療育手帳）	あり（　度）	20　年　月　日交付	申請中 ・ なし
身体障害者手帳	あり（　級）	20　年　月　日交付	申請中 ・ なし
精神障害者保険福祉手帳	あり（　級）	20　年　月　日交付	申請中 ・ なし

■通学方法および通学手段について

☐ 一人で通学する	☐ 徒歩
☐ 保護者等が送迎する	☐ 公共交通機関（電車・バス）
	☐ 自家用車

【通学において配慮すること】

面接票C

お子さんの氏名　（　　）

■これまでに発達について相談した医療機関が（　ある　・　ない　）

医療機関名	頻度 例）半年に１回	利用期間 例）いつ頃・いつから～現在

■これまでに在籍園および在籍校で巡回相談を受けたことが
（　ある　・　ない　）

■これまでに八王子市教育センターの心理教育相談を受けたことが
（　ある　・　ない　）

相談機関名	頻度 例）２カ月に１回	利用期間 例）いつ頃・いつから～現在
八王子市教育センター心理教育相談 担当者名（　　）		

■これまでに上記以外で相談した機関が　（　ある　・　ない　）

（例：子ども家庭センター、保健センター、幼児教育・保育センター、
在籍校のスクールカウンセラー、適応指導教室、高尾山学園など）

相談機関名	頻度 例）２回程度	利用期間 例）いつ頃・いつから～現在

■現在、利用している療育機関が　（　ある　・　ない　）

（例：島田療育センターはちおうじ、すぎな愛育園、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所など）

療育機関名	頻度 例）週に２回	利用期間 例）いつから～現在

■就学相談に関する同意について

１　就学相談で作成した①面接票　②発達検査　③医師の診察記録　④学校所見報告書　⑤児童・生徒実態把握票
⑥行動観察記録　⑦就学・転学資料　以上の関係書類を学校に送付することに

同意します　　同意しません

２　教育委員会が教育委員会内での連携および外部機関との連携をとることに

同意します　　同意しません

面接票D

お子さんの氏名　（　　）

■相談の経過（相談員が記入します）

	実施日	相談内容	担当
第1回	令和　年　月　日	申込み受付（教育センター）	
第２回	令和　年　月　日	八王子市教育センターにて面談 （お子さんの行動観察・就学相談の流れの説明）	
第3回	令和　年　月　日		
第4回	令和　年　月　日		
第5回	令和　年　月　日		
第6回	令和　年　月　日		
第７回	令和　年　月　日		

■相談の結果（相談員が記入します）

八王子市立　　学校
特別支援教室　・　特別支援学級

※備考（補足説明など）