

# 就学支援ファイル

## 就学相談申請書

該当する箇所に○をお願いします。  
Excel版はプルダウンになっています。

フリガナ	ハチオウジ タロウ	性別	生年月日・年齢
お子さんの氏名	八王子 太郎		平成 令和 西暦 2018年8月8日生 5歳
フリガナ	ハチオウジ ダイスケ	お子 さん との 続柄	父
保護者氏名 (世帯主)	八王子 大介		
お子さんの住所	〒 193-0832		
	八王子市散田町2-37-1		
	転入予定の場合、転入前住所、転入予定日もご記入ください。 転入前住所 埼玉県さいたま市 区 転入予定日 2024年12月15日		
連絡先	第一連絡先	<input checked="" type="radio"/> ( )	続柄 ( 母 )
	第一連絡先	( )	続柄 ( 父 )
希望する支援の種別	特別支援学級	<input checked="" type="radio"/> 特別支援教室	相談したい
検討したいものに○をつける。			

上記のとおり、就学相談を申請します。

該当する箇所に○をお願いします。  
Excel版はプルダウンになっています。

令和 西暦	2024年6月1日
----------	-----------

保護者(申請者)氏名

八王子 花子

提出前に書類が揃っていることを確認して✓をお願いします。

## 【提出物チェックリスト】

面接票 A

面接票 B

面接票 C

知能検査結果の写し(特別支援教室希望者は必須)  
(例 ウェクスラー式(WISC)知能検査、ビネー式知能検査)

特別支援学級を希望される方も、知能検査を実施している場合はご提出ください。

その他、お子さんの発達状況が分かる資料  
(例 新版K式発達検査等の結果 障害者手帳のコピー その他健診等の結果)

可能な範囲でご提出をお願いします。

(市教育委員会様式)

# 面接票 A

該当する箇所に○をお願いします。Excel版はプルダウンになっています。

(差し支えない範囲でご記入ください。)

[ 記入者

]

フリガナ	ハチオウジ 知	性別	生年月日・年齢
お子さんの氏名	八王子 太郎	平成 令和 西暦	2018年8月8日生 5歳
お子さんの住所	〒 193-0832	該当する箇所に○をお願いします。Excel版はプルダウンになっています。	
	八王子市散田町2-37-1		
現在通っている園・学校	はち幼稚	園	小学校・中学校 年 組
家族構成	続柄	氏名	現在の状況
	父	八王子 大介	会社員 公務員・自営・無・その他
	母	八王子 花子	会社員・公務員・自営 無・その他
	姉	八王子 春子	小学3年生
	祖母	八王子 晴美	無職

該当する箇所に○をお願いします。Excel版はプルダウンになっています。

現在の様子	興味があることには取り組むが、興味がないと取り組めない。
家庭や学校で	切り替えが苦手な、好きなことをやめさせると癇癪を起す。
・困っていること	他人への距離が近く、相手の気持ちを考えず、一方的に話してしまう。
・気になること	
保護者の意向	興味がないことでもある程度取り組めるようになってほしい。
・支援を希望する理由	他人との適切な距離の取り方を学んでほしい。
・期待すること	

お子さんの現在の健康状態や成長・発達の様子				
現在の身長・体重	身長	115 cm	体重	20 kg
出生時のようす	出生時の身長	45 cm	出生時の体重	2800 g
	【特記事項】			
発育のようす	首のすわり	歳 4 カ月	寝返り	歳 7 カ月
	おすわり	歳 10 カ月	はいはい	歳 # カ月
	つかまり立ち	1 歳 3 カ月	歩き始め	1 歳 6 カ月
	発語	1 歳 10 カ月	人見知り	歳 月
	【特記事項】			

# 面接票 B

該当する箇所に○をお願いします。Excel版はプルダウンになっています。

育見のうえで 気になったこと	<input checked="" type="checkbox"/> 視線が合わなかった	<input checked="" type="checkbox"/> 人見知りをしなかった
	<input checked="" type="checkbox"/> 動作の模倣が少なかった	<input checked="" type="checkbox"/> 指さし(共同注視)をしなかった
	<input type="checkbox"/> 抱かれることを嫌がった(抱きにくかった)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 母親の後追いをしなかった	<input checked="" type="checkbox"/> 昼寝をしない、眠りが浅い、夜泣き
	<input type="checkbox"/> 育てやすくおとなしかった	<input type="checkbox"/> とても手がかった
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

医療について	医療機関名	[ <b>はちクリニック</b> ] ( <b>児童精神</b> ) 科	
		[ <b>さんだ小児科医院</b> ] ( <b>小児</b> ) 科	
		[ ] ( ) 科	
	発作	服薬	薬剤名 (朝・昼・夕・晩)
			内容 <b>該当する箇所に○をお願いします。</b>
	アレルギー	服薬	薬剤名 (朝・夕・晩)
<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	内容 <b>食物(甲殻類)</b>		
その他	服薬	薬剤名 <b>コンサータ</b> <input checked="" type="checkbox"/> 朝・昼・夕・晩	
<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし		内容 <b>多動、衝動性</b>	
医療的ケア	内容		
あり・なし			

発達に関する検査の記録	これまでに実施した検査	実施機関	実施時期
	[ <b>WISC-</b> ]	<b>はちクリニック</b>	2024 年 4 月
	[ <b>新版K式発達検査</b> ]	<b>はちクリニック</b>	2023 年 6 月

診断名(病名等) [ **自閉スペクトラム症 ADHD** ]

診断を受けた病院等 [ **はちクリニック** ]

手帳	愛の手帳 ( ) 度 <input checked="" type="checkbox"/> なし	身体障害者手帳 ( ) 度 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	療育手帳 ( ) 度 申請中	申請中
	年 月 日交付	年 月 日交付

該当があれば記入してください。

通学の方法

( ) 一人で通学する。	( ) 徒歩・交通機関利用
( ) 保護者等が送迎する。	( ) 徒歩・交通機関利用・自家用車

【通学に伴う問題点など】

# 面接票 C

児童・生徒氏名： \_\_\_\_\_

記入者： \_\_\_\_\_

該当する箇所に○をお願いします。  
Excel版はプルダウンになっています。

## 就学後も継続して利用したいサービス

	名 称	利用頻度
福祉機関	デイサービス	月に <b>週に</b> 2 回
相談機関	八王子市教育センター	<b>月に</b> ・週に 2 回
		月に・週に 回
医療機関	はちクリニック	<b>月に</b> ・週に 1 回
	さんだ小児科医院	<b>月に</b> ・週に 1 回
		月に・週に 回
療育機関	八王子療育センター	<b>月に</b> ・週に 2 回
		月に・週に 回
		月に・週に 回
その他		月に・週に 回
		月に・週に 回
		月に・週に 回
		月に・週に 回

## 就学相談に関する同意について

- 1 就学相談で作成した 「面接票」 「行動観察記録」 「発達検査または医師診察記録」  
「学校所見報告書または児童・生徒実態把握票」 「就学・転学資料について」

以上の関係書類を学校に送付することに

いずれかに○をお願いします。

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、又は外部関係機関と連携をとることに

同意します

同意しません