

就学支援ファイル

就学相談申請書

フリガナ		性別	生年月日・年齢
お子さんの氏名			年 月 日生 歳
フリガナ		お子 さん との 続柄	
保護者氏名 (世帯主)			
お子さんの住所	〒		
	※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 転入予定日 年 月 日		
連絡先	第一連絡先 ()	続柄 ()	
	第二連絡先 ()	続柄 ()	
希望する支援の種別	① 特別支援学級 ② 特別支援教室 ③ 相談したい		
<small>検討したいものに○をつける。</small>			

上記のとおり、就学相談を申請します。

年 月 日

保護者(申請者)氏名

【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

(差し支えない範囲でご記入ください。)

[記入者 _____]

フリガナ	性別	生年月日・年齢
お子さんの氏名		年 月 日生 歳
	〒	

お子さんの住所			
現在通っている園・学校		年 組	
家 族 構 成	続柄	氏名	現在の状況
	父		
	母		

現在の様子 家庭や学校で ・困っていること ・気になること	

保護者の意向 ・支援を希望する理由 ・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	cm	体重	kg		
出生時のようす	出生時の身長	cm	出生時の身長	kg		
	【特記事項】					
発育のようす	①首のすわり	歳	カ月	②寝返り	歳	カ月
	③おすわり	歳	カ月	④はいはい	歳	カ月
	⑤つかまり立ち	歳	カ月	⑥歩き始め	歳	カ月
	⑦発語	歳	カ月	⑧人見知り	歳	カ月
	【特記事項】					

面 接 票 B

育児のうえで 気になったこと	<input type="checkbox"/>	視線が合わなかった	<input type="checkbox"/>	人見知りをしなかった
	<input type="checkbox"/>	動作の模倣が少なかった	<input 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 type="checkbox"/>	母親の後追いをしなかった	<input 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"/>	とても手がかかった
	<input type="checkbox"/>	その他 ()

医療機関名	① []	()	科
	② []	()	科

医療について		③ [] () 科	
	発作	服薬	薬剤名 (朝・昼・夕・晩) 内容
	アレルギー		薬剤名 (朝・昼・夕・晩) 内容
	その他		薬剤名 (朝・昼・夕・晩) 内容
	医療的ケア	内容	
	発達に関する 検査の記録	これまでに実施した検査	
① []		年 月	
② []		年 月	
診断名(病名等)		[]	
診断を受けた病院等		[]	
手帳	愛の手帳 ()度 療育手帳 ()度		身体障害者手帳 ()度
	年 月 日交付		年 月 日交付
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： _____

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		回
相談機関		回
		回
医療機関		回
		回
		回

療育機関		回
		回
		回
その他		回
		回
		回
		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①「面接票」 ②「行動観察記録」 ③「発達検査または医師診察記録」

④「学校所見報告書または児童・生徒実態把握票」 ⑤「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

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