教育相談・学校見学

○ お子さんのこと、ご家族のことについて教えてください。

○ 個人の秘密は、厳守します。

（事前資料）

記入日：　令和　　　　　年　　　　月　　　　　日

１　基本情報について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふ り が な）お子さんのお名前 |  | 歳男・女 | 令和平成　　　　年　　　　月　　　　日生まれ |
| お子さんの身長 | 　　　　　　　　 |  |  |
| 保護者のお名前 |  | お子さんとの関係 |  |
| 住　　　　　所 | 〒　　　－ | 電 話 番 号※連絡可能な時間 | －　　　　　－　時頃 |
| お子さんの所属 | 幼稚園・保育園・認定子ども園 | 歳児クラス年少・年中・年長 |
| 学校通常の学級・通級指導教室・特別支援学級（情緒・知的・肢体・病弱・他） | 年生 |
| 療育手帳※交付されている方のみ | 判定年月日平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 | Ａ　　・　　Ｂ |
| 身障者手帳※交付されている方のみ | 判定年月日平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 | 種　　　　　級 |
| （障がい名） | 医療的ケア　　必要　・　不要（胃ろう・腸ろう・経鼻栄養・吸痰・導尿・その他） |
| 家族構成について、お子さんも含めお書きください |
| 続柄 | 氏　　　　　　名 | 年　齢 | 続柄 | 氏　　　　　名 | 年　齢 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

２主な相談内容について

当てはまる記号に○印を付け、具体的な内容をお書きくだ さい。

ア 就学・進学先について　　　 イ 発達や障がいの状況について 　　ウ 家庭での関わり方について

エ 園・学校での関わり方について 　　オ 特別支援教育に関する制度や仕組みについて　　 カ　 その他

|  |
| --- |
| 具体的な内容 |

☆本校への就学・進学等をご希望の方は、以下についてもご記入ください。

３ 定期通院・デイサービス等の事業所とのかかわりについて。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関係機関（病院・施設名等） | 時期（年齢） | 通院・療育内容等わかる範囲で |
| 例児童ディサービス〇〇 | 　年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） | 週２（月・木）音楽療法・作業療法・摂食指導　等 |
|  | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） |  |
|  | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） |  |
|  | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） |  |

４ ひきつけや発作、脳波検査についてお書きください。

(1) お子さんは、今までにひきつけや発作を起こしたことはありますか。 （ ）ない （ ）ある

 　 ・薬を飲んでいますか。 →（ ）飲んでいる （ ）飲んでいない

(2) 脳波検査を受けたことがありますか。 → （ ）ない （ ）ある

５　服薬について

・日常的に服用している薬について　　　　服薬：（　）ない　（　）ある　※ある場合は、下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬品名 | 使用目的 | いつ・どうやって服薬 |
| 例：イーケプラ | てんかん発作をおさえるため | 朝、夕　ご飯後　　白湯で服用 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

６　お子さんについて

　　〇お子さんの好きな遊びは何ですか？

　　〇過敏・苦手・アレルギーなど、配慮してほしいことはありますか？

７　本校入学（転学）について

　　〇希望する　・　検討中　・　希望しない

　　〇登校手段　　　　スクールバスを希望　・　検討中　・　自家用車（サービスも可）で登校を希望

　　〇医療的ケア　　　学校で実施を希望　・　保護者付き添いを希望　・　訪問教育を希望

　　○寄宿舎　　　 　 入舎を希望 ・ 希望しない ・ 検討中

８　その他、気になることがありましたらお書きください。

※ご協力ありがとうございました。