教育相談・学校見学

○ お子さんのこと、御家族のことについて教えてください。

○ 個人情報の取り扱いについては十分に配慮いたします。

（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 | |  | | | | | 生年月日 | | 令和  平成　　　　年　　　　月　　　　日生まれ | | | | | |
| お子さんの身長 | | cm | | | | | 年齢 | | 歳 | | | 性別 | 男　・　女 | |
| 保護者のお名前 | |  | | | | | お子さんとの関係 | | | | |  | | |
| 住　　　　　所 | | 〒　　　－ | | | | | 電 話 番 号  ※連絡可能な時間帯 | | | | | －　　　　　－  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 | | |
| 主障害 | |  | | | 診断名 | | | | |  | | | | |
| 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・進学等を御希望の方は、以下についてもご記入ください。

３ 医療機関の情報について（定期通院・リハビリ等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関係機関（病院・施設名等） | 時期（年齢） | 内容・利用頻度等 |
| 例  こどもっくる | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） | 週１回　PT（○曜日）  週１回　ST（○曜日） |
|  | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） |  |
|  | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） |  |
|  | 年 月～ 年 月 （ 歳～ 歳） |  |

４　福祉サービス利用状況について（児童デイサービス・相談支援事業所等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関係機関（児童デイ・相談支援等） | 事業所名 | 頻度 |
| 例1 児童デイサービス | ○○○ | 週３回（○・○・○曜日） |
| 例2 相談支援 | ○○発達支援センター | 必要に応じて、モニタリング |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

５ 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

６　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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

７　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？

８　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　　（※寄宿舎入舎には、条件があります。）

９　その他、気になることがありましたらお書きください。

※御協力ありがとうございました。