様式1　　　　　　　　　　　　　　　　就学相談票

**お子様のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

**１　現在の教育等**

|  |
| --- |
| 現在通っている保育所・幼稚園、療育・相談機関、学校等 |
|  | 名　　　　称 | 利　用　期　間 |
| 保育所・幼稚園 |  | 年　　　月～　　　 |
| 療育・相談機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（月・週　　回） | 年　　　月～　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（月・週　　回） | 年　　　月～　 |
| 学校 | 　　　　　　立　　　　　　　小・中　学校　第　　　学年在学 |
| その他 |  |

**２　就学を希望する学校（就学相談開始時点の希望校）**

|  |
| --- |
| 就　学　を　希　望　す　る　学　校 |
| 区市町村立学校 | 　　　　　　　　　　小・中　学校 | 通常の学級・特別支援学級（固定） |
| 　　　　　　　　　　小・中　学校 | 通常の学級・特別支援学級（固定） |
| 小学校：通級（ことば・きこえ）　　　　特別支援教室（学びの教室）中学校：特別支援教室 (アドバンスルーム) | 　　　　　　　　　　　　学校 |
| 特別支援学校 | 都立　　　　　　　　　　　　学校 | 視・聴・肢・知・病・訪 |
| 国立　　　　　　　　　　　　学校 | 視・聴・肢・知・病・訪 |

**３　手帳の有無**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手　　　　帳 | 愛の手帳（　　　　度）療育手帳（　　　　　）　　　年　月　日交付 | な　　し申　請　中 | 身体障害者手帳（　　　種　　級）　　年　月　日交付 | な　し申　請　中 |

**４　情報提供してほしい内容について**

|  |
| --- |
| 1. 就学相談の流れ[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]
2. 教育内容等について　ア　通常の学級に関すること[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　　　　　　　　　　イ　特別支援学級に関すること[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]　　　　　　　　　　ウ　通級・特別支援教室に関すること[　　　　　　　　　　　　　　　　　] 　 エ　特別支援学校に関すること[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]　（3）その他[　　　　　　] |

５　区市町村における就学相談の経過

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　施　日 | 相　　談　　経　　過 | 担当者等 |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |
| 　月　　　日 |  |  |

６　区市町村教育委員会における就学先の検討の経過

|  |  |
| --- | --- |
| 就学先 | 検討した内容・理由等 |
| 通常の学級 |  |
| 特別支援学級 |  |
| 特別支援学校 |  |

７　区市町村教育委員会における就学相談の結果

|  |
| --- |
| 　　　　　立　　　　　　　　　　　　　学校　　　　　　　　　　学級　　　　都立　　　　　　　　　　　　　特別支援学校・学園（ 盲 ・ろう ・肢 ・知 ・病 ） |

（こちらの面は、区市町村教育委員会が記入します。）

様式2 面接票

**児童・生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の様子☆家庭や園・学校で困っていること・気になっていること |  |

|  |
| --- |
| 現在の健康状態や成長・発達の様子など |
| 現在の身長・体重 | 身長　　　　　　　　　　㎝　　　　　　　　体重　　　　　　　　㎏ |
| 出生時のようす | 出生時身長　　　　　　　　㎝ | 出生時体重　　　　　　　　ｇ |
| 【特記事項】 |
| 発育のようす | 1. 首のすわり
 | 　　　歳　　ヵ月 | 1. 寝返り
 | 　　　歳　　ヵ月 |
| 1. おすわり
 | 　　　歳　　ヵ月 | 1. はいはい
 | 　　　歳　　ヵ月 |
| 1. つかまり立ち
 | 　　　歳　　ヵ月 | 1. 歩き始め
 | 　　　歳　　ヵ月 |
| 1. 発語
 | 　　　歳　　ヵ月 | 1. 人見知り
 | 　　　歳　　ヵ月 |
| 【特記事項】 |
| 診断名（病名等） |  |
| 診断を受けた病院等 |  |
| 医療について | 医療機関名 | 1. （　　　　　　　科）
 |
| 1. （　　　　　　　科）
 |
| 発作（あり・なし） | アレルギー（あり・なし） | 医療的ケア（あり・なし） |
| 喘息・てんかんその他（　　　　　　）　 | 食物（　　　　　　　　）その他（　　　　　　　） | 吸引・経管栄養・胃ろう・腸ろう・導尿　その他（　　　　　　　） |
| 服薬 | 1. 薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩）
 |
| 1. 薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩）
 |
| 1. 薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩）
 |
| 【学校生活を送る上での配慮事項】 |
| 諸検査の記録 | これまでに実施した検査 | 実施機関 | 実施時期 |
|  |  | 　　年　　月 |
|  |  | 　　年　　月 |

（こちらの面は都立学校を希望する場合のみご記入ください。）

児童・生徒氏名：　　　　　　　　　　　　　　記入者：

|  |
| --- |
| 就学相談についての希望等 |
| 第１に希望する学校等　　　　立　　　　　　　　　　学校　　　　　　　　学級　　 | 備考 |
|  |
| 第２に希望する学校等　　　　　　立　　　　　　　　　　学校　　　　　　　　学級 |  |
| 【就学に関する保護者の意向（希望の理由など）】 |
| 【東京都の相談に引き継いで欲しいこと】 |
|  |
| 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 |
| （　　　）　スクールバスの利用を希望する。 | 車椅子での乗車希望（有・無）　　　　　　 |
| 【通学に伴う課題や要望など】 |

児童・生徒氏名：　　　　　　　　　　　　　　記入者：

就学する学校に対する希望

|  |
| --- |
| 学校教育に対する期待 |
|  |

|  |
| --- |
| 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 |  | 　　　月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回　　　　 |
|  | 月・週に　　回　　　　 |
| 医　療　機　関 |  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
| 療　育　機　関 |  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
| その他のサービス |  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  |
| 期待する地域とのかかわり |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |