

(様式1)

② 就学相談票

フリガナ 子どもの氏名	男 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日 (歳)	〔特記事項〕
フリガナ 保護者の氏名	続柄	連絡先 (TEL)		
住 所	〒			
現在の 子ども の状況	1 在宅 2 幼稚園, 保育園等に通園(園名) 3 特別支援学校幼稚部 (学校名) 4 在籍学校名 (学校 第 学年) 特別支援学級 (知的・肢体・弱視・難聴・言語・自閉症, 情緒) 5 通園施設に通園 (施設名) 6 施設に入所 (施設名) 7 病院に入院 (病院名) (病名) 8 病院に通院 (病院名) (病名) 9 教育相談所等への相談 () 10 その他 ()			
障がい名 又は 病 名				身体障害者手帳又は療育手帳 有 ・ 無 ・ 申請中 身体障害者手帳 級 交付年月日 平成・令和 年 月 日 更新年月日 平成・令和 年 月 日 療 育 手 帳 <input type="checkbox"/> A1 A2 B1 B2 交付年月日 平成・令和 年 月 日 更新年月日 平成・令和 年 月 日

保護者の目から見た現在のお子さんの状況 (該当する項目に○印をつけて下さい)					
1 目	1. 全く見えていないようである 2. 光は感じているようである 3. 視力は弱いが見えている 4. 普通に見えている	4 こ と ば	1. 発音がはっきりしない 2. 話をする時, どもる 3. ことばをつなげて話せない 4. 特に気になることはない	7 病 弱	1. 病院へ長期入院している 2. 家庭で長期療養している 3. 長期にわたり通院治療中である 4. 健康であり普通の生活である
2 耳	1. 全く聞こえていないようである 2. 聞こえているようだが, はっきりし ない 3. 大きな声で話すと聞こえる 4. 普通に聞こえている	5 情 緒	1. 強いこだわりがある 2. 目を離すとどこかへ行ってしま う 3. 気分に変化がある 4. 安定している	8 そ の 他	1. 普通の会話が成立しない 2. 数がよくわからない 3. 排泄のしまつ等うまくできない 4. 食事に介助を必要とする 5. 車いすや松葉杖を使っている
3 体 手 足	1. 首がすわらず寝たきりである 2. よつばい等で動くことができる 3. 手や足が不自由である 4. 不自由はない	6 知 的	1. 自分の名前を呼ばれても わからない 2. ストーリーのある絵は描けない 3. 周囲と比べ著しく行動が遅い 4. 遅れ等の様子は見られない	9 自 由 記 述	

就学に関する 保 護 者 の 意 見 等	
----------------------------	--

※ 受付年月日	※ 市町村名又は学校名	※ 担当者 職・氏名	※ 就学予定校・就学予定期日
令和 年 月 日		職名 氏名	立 学校 令和 年 月 日

注1 この就学相談票は、保護者又はそれに代わる者が記入し、就学相談の資料として使用します。
 注2 ※印は市町村の教育委員会担当者が記入します。区域外就学の場合は、県立特別支援学校の担当者が記入します。