（様式１）

　㊙　**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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 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 |
| 障がい名  又は  病　名 |  | | | | 療　育　手　帳  　　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.気分に大変むらがある  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。