

記入例

(様式1)

㊚ 就学相談票

氏名・性別・生年月日・
保護者氏名・連絡先・
住所・所属を記載下さい。

フリガナ 子どもの氏名	イチカワ タロウ 市川 太郎	男 女	生年月日	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)	[特記事項]
フリガナ 保護者の氏名	イチカワ 〇〇〇〇 市川 〇〇	続柄 (例) 父	連絡先 (TEL) 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇 ※ご自宅でも構いません。		
住 所	〒272-〇〇〇〇 例：市川市八幡〇—〇—〇				
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） ㉑ 在籍学校名（〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇学校 第〇学年） 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） 8 病院に通院（病院名） 9 教育相談所等への相談（） 10 その他（）				
障がい名 又は 病 名	〇〇〇〇〇〇				ライフサポートファイル <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 個別の教育支援計画 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 身体障害者手帳又は療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ 申請中 身体障害者手帳 〇級 交付年月日(平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日) 更新年月日(平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日) 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 交付年月日(平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日) 更新年月日(平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日)

診断を受けているお子様の
障がい名または病名を
をご記入下さい

保護者の目から見た現在のお子さんの状況（該当する項目に〇印をつけて下さい）

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 ㉑ 普通に見えている	4 ことば	1. 発音をはっきりしない 2. 話をする時，どもる ㉑ ことばをつなげて話せない。 ※加筆の例（1～2語） 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 ㉑ 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 ㉑ 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 ㉑ 気分が大変むらがある 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 ㉑ 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 ※修正例：少し 2. ストーリーのある絵は描けない ㉑ 周囲と比べる ← 行動が遅い 4. 遅れ等の様子は見られない	9 自由記述	

1～4の近い内容に〇をつけ、
加筆・修正等をいただいてもか
まいません。

就学に関する 保護者の 意見等	就学に向けての保護者の 希望をお書き下さい。
-----------------------	---------------------------

※ 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	記入の必要はございません。	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。