

就学相談申込書

よみがな		性別	住所	
名前		男・女	電話	
よみがな		続柄	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
保護者名			在籍校 在籍園所	

1 家族構成 (本人も記入をお願いします。)

名前	本人との続柄	年齢	在籍校等・学年

2 本人の生育歴

○ 出生時の様子について記入してください

体重	<input type="text"/>	g	身長	<input type="text"/>	cm
胸囲	<input type="text"/>	cm	頭囲	<input type="text"/>	cm

その他参考事項

○ 乳幼児期の発達について記入してください

首のすわり ()ヶ月 1人座り ()ヶ月
 歩き始め ()ヶ月 始語 ()ヶ月

その他参考事項

○ 医療機関、相談機関等との相談歴について該当する項目に○を記入してください

【1歳半健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはなかった

気になったところ

【3歳児健診の様子】 気になったところがあった 気になったところはなかった

気になったところ

3 医療機関や相談機関等

○ 発達について相談・受診されたことのある医療機関や相談機関を記入してください (なければ記入不要です。)

病院・相談機関等の名称					
診断名					
発達検査等 (結果の提供 可・不可)	検査名	新版K式 WISC-IV		全検査IQ	
		その他 ()		全領域DQ	
	検査場所		検査日	令和 年 月 日	

4 日常生活の状況

- あてはまるところを○で囲んでください。

排泄 (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
食事 (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
着替え (全面介助 一部介助 どうにか1人でできる 1人でできる)
移動 (介助が必要 なんとか1人で歩くことができる 1人でできる)
補助具使用 () を使用する。

- 食物アレルギーについて当てはまるものを記入してください。

食物アレルギーが () ある ()
() ない

- 常時服用している薬があれば記入してください。

薬名 () 服薬時間帯 ()

- 学校で実施する必要がある医療的ケアがあれば、該当する項目を○で囲んでください。

痰の吸引 経管栄養 導尿 気管切開部の管理 酸素吸入
その他 ()
看護師派遣の希望について 希望する 希望しない その他 ()

- その他、配慮が必要なことを記入してください。

※

お子様の在籍校園での学習・生活の様子について、居住地校（住所をもとにした地域の学校）から情報提供を依頼することがあります。

5 手帳の有無

療育手帳 無 ・ 有 (A B1 B2) (令和 年 月交付・更新)
身体障害者手帳 無 ・ 有 (種 級) (令和 年 月交付・更新)
その他 ()

6 療育等

児発, 放デイ等事業所名 () 月 () 回

7 就学における意向

() 訪問教育
() 特別支援学校 … () 知的障害 () 肢体不自由 () その他 ()
() 特別支援学級 … () 知的障害学級 () 自閉症・情緒障害学級
() 肢体不自由学級 () 病弱学級 () 難聴学級 () 弱視学級
() 通常の学級
() 迷っている …

- 就学に関する具体的な希望や心配事、相談したいことを記入してください。

- 教育委員会での個別面談を希望しますか。 () 希望する () 希望しない

※ 希望しない場合であっても、教育委員会から個人面談をお願いすることがあります。ご了承願います。

※ 個人情報に関しましては、就学相談及び教育支援委員会での審議にのみ使用します。

ご記入いただきありがとうございました。

記入例

就学相談申込書

よみがな	あまがさき たろう	性別	住所	尼崎市若王寺2丁目18番7号
名前	尼崎 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話	06-6423-2553
よみがな	あまがさき いちろう	続柄	生年月日	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 2年 6月 1日 (6歳)
保護者名	尼崎 一郎	父	在籍校 在籍園所	尼崎市立〇〇幼稚園

1 家族構成 (本人も記入をお願いします。)

名前	本人との続柄	年齢	在籍校等・学年
尼崎 一郎	父	35	
尼崎 花子	母	33	
尼崎 太郎	本人	6	
尼崎 次郎	次男	4	尼崎市立〇〇幼稚園
尼崎 幸子	長女	2	〇〇保育所
尼崎 浩子	次女	0	

2 本人の生育歴

○ 出生時の様子について記入してください

体重	3200	g	身長	50	cm
胸囲	31	cm	頭囲	31	cm

その他参考事項

【例】
出生時に心拍が弱く2週間入院した

○ 乳幼児期の発達について記入してください

首のすわり (3)ヶ月 1人座り (6)ヶ月
歩き始め (12)ヶ月 始語 (20)ヶ月

その他参考事項

【例】
発達は全体的にゆっくりだった

○ 医療機関、相談機関等との相談歴について該当する項目に○を記入してください

【1歳半健診の様子】

気になったところがあった 気になったところはない

気になったところ 身近な物の指差しができなかった。発達の遅れを指摘された。

【3歳児健診の様子】

気になったところがあった 気になったところはない

気になったところ 言語面での発達の遅れを指摘された。

3 医療機関や相談機関等

○ 発達について相談・受診されたことのある医療機関や相談機関を記入してください

(なければ記入不要です。)

病院・相談機関等の名称	〇〇小児科			
診断名	知的障害 自閉スペクトラム症			
発達検査等 (結果の提供 <input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可)	検査名	<input checked="" type="radio"/> 新版K式 WISC-IV その他 ()	全検査IQ 全領域DQ	65
	検査場所	〇〇小児科	検査日	令和8年3月10日

4 日常生活の状況

- あてはまるところを○で囲んでください。

排泄 (全面介助 一部介助 どうにか1人できる 1人でできる)
食事 (全面介助 一部介助 どうにか1人できる 1人でできる)
着替え (全面介助 一部介助 どうにか1人できる 1人でできる)
移動 (介助が必要 なんとか1人で歩くことができる 1人でできる)
補助具使用 (【例】電動車いす、バギー、短下肢装具、PCW 等) を使用する。

- 食物アレルギーについて当てはまるものを記入してください。

食物アレルギーが (○) ある (【例】そば、小麦粉、卵)
() ない

- 常時服用している薬があれば記入してください。

薬名 (【例】ムコダイン、コンサータ) 服薬時間帯 (朝・夕食後)

- 学校で実施する必要がある医療的ケアがあれば、該当する項目を○で囲んでください。

痰の吸引 経管栄養 導尿 気管切開部の管理 酸素吸入
その他 (【例】人工呼吸器管理 等)
看護師派遣の希望について 希望する 希望しない その他 ()

- その他、配慮が必要なことを記入してください。

【例】トイレの失敗があると思うので、その時は着替える場所など配慮してほしい。

※ お子様の在籍校園での学習・生活の様子について、居住地校（住所をもとにした地域の学校）から情報提供を依頼することがあります。

5 手帳の有無

療育手帳 無 ・ 有 (A B1 B2) (令和 7年 8月交付 更新)
身体障害者手帳 無 ・ 有 (2 種 3 級) (令和 4年 6月交付・更新)
その他 (【例】精神障害者保健福祉手帳 等)

6 療育等

児発、放デイ等事業所名 (○○デイサービス) 月 (20) 回

7 就学における意向

() 訪問教育
() 特別支援学校 … () 知的障害 () 肢体不自由 () その他 ()
() 特別支援学級 … () 知的障害学級 () 自閉症・情緒障害学級
() 肢体不自由学級 () 病弱学級 () 難聴学級 () 弱視学級
() 通常の学級
(○) 迷っている … 【例】通常の学級が特別支援学級のどちらが本人が一番いいのかわからない。

- 就学に関する具体的な希望や心配事、相談したいことを記入してください。

【例】幼稚園でできた友達と一緒に集団生活を経験してほしいが、学習面でついていけるかは心配している。

- 教育委員会での個別面談を希望しますか。 () 希望する (○) 希望しない

※ 希望しない場合であっても、教育委員会から個人面談をお願いすることがあります。ご了承願います。

※ 個人情報に関しましては、就学相談及び教育支援委員会での審議にのみ使用します。

ご記入いただきありがとうございました。