

別紙1【保護者記入】

就学相談記録



岐阜県立中濃特別支援学校 小学部

相談日	令和 年 月 日	相談担当者						
ふりがな ※幼児児童名		在籍保育園・幼稚園 学校名						
生年月日	H 年 月 日生	担当・担任名						
年齢・性別	歳 男・女	利用している 療育センターなど						
ふりがな ※保護者名	※幼児児童名、保護者名、及び現住所の欄は、住民票の記載どおりにご記入ください。							
※現住所	郵便番号							
	現住所							
	電話番号							
緊急連絡先	第1連絡先	☎	連絡相手名等					
	第2連絡先	☎	連絡相手名等					
家族構成	名前	続柄	年齢	備考(職業・学校等)	名前	続柄	年齢	備考(職業・学校等)

障害に関する診断名 又は障害名	診断機関・医師名	診断時期	療育手帳	A1 A2 B1 B2 判定年月日： 年 月 日 次の判定年月： 年 月
				身体障害者手帳
食物アレルギー の有無	有・無 ※有無どちらかに○を付け、有の場合は、アレルギーのある食品を記入してください。			
健康面に 関する 配慮事項				
服薬				

【保護者記入】

(幼児児童名)

○受診・訓練等の経歴

※開始日の順で記入していただきますよう、お願いします。

受診機関・訓練機関名 (主治医名等)	各機関の具体的な支援内容	開始日	特記事項
()		年 月 日	
()		年 月 日	
()		年 月 日	
()		年 月 日	
()		年 月 日	
()		年 月 日	

○身辺自立の状況について

1 : できる／はい 2 : 支援があればできる 3 : できない／いいえ

項目	小項目		特記事項
排泄 について	オムツを使用している。	1 3	
	排泄の有無を伝えることができる。	1 3	
	排尿に関して、用を足して、自分で始末ができる。	1 2 3	
	排便に関して、用を足して、自分で始末ができる。	1 2 3	
	手洗いができる。	1 2 3	

1：できる／はい 2：支援があればできる 3：できない／いいえ

項目	小項目			特記事項
食事 について	偏食がある。	1	3	
	形状、色、温度などのこだわりがある。	1	3	
	食事に関して、配慮を必要とする。 (詳しくは特記事項に記入)	1	3	
	スプーン・フォークで食べることができる。	1	2 3	
	箸で食べることができる。	1	2 3	
	食器を持って食べることができる。	1	2 3	
	コップで飲むことができる。	1	2 3	
	ストローで飲むことができる。	1	2 3	
歯磨き について	歯ブラシを受け入れられる。	1	2 3	
	歯ブラシで磨くことができる。	1	2 3	
	うがいができる。	1	2 3	
着脱 について	衣服について、過敏がある。 (詳しくは特記事項欄に記入)	1	3	
	基本的な衣服の着脱 (左右・前後・裏返し)ができる。	1	2 3	
	靴下の脱ぎ履きができる。	1	2 3	
	帽子をかぶることができる。	1	2 3	
	ボタンやファスナーができる。	1	2 3	
靴の着脱ができる。	1	2 3		
睡眠 について	起床・就寝時間、睡眠時間が安定している。	1	2 3	
	眠りが浅くなることがある。	1	3	
移動 について	集団移動に関して、常時手をつなぐ必要がある。	1	3	
	集団移動に関して、見届けていれば、一人で移動できる。	1	3	
	信号や横断歩道が分かり、一人で安全に歩くことができる。	1	3	
	移動に関して、注意点がある。 (詳しくは特記事項欄に記入)	1	3	
言語 について	要求を言葉で伝えることができる。	1	2 3	
	要求を、声、行動、身振り、サインで伝えることができる。	1	2 3	
	日常的によく使われる言葉を理解している。	1	3	
	自分の名前が分かる。	1	3	

生活の様子	項目	小項目	
	興味・関心	好きな遊びについて	
		休日の過ごし方について	
		その他 (こだわり等)	
	対人関係	好きな人	
		苦手な人	
その他			
気になる行動			
その行動への対応			

保護者の願い (3年先を見通して)	_____ _____ _____ _____ _____ _____
----------------------	--

通学方法の希望	スクールバス	※後日、希望届けを提出していただきます。 ※座席数に空きがない場合には、利用できません。		
	送迎	乗用車	主な付添者 氏名： 続柄：	
		自転車		
		徒歩		
自力通学	徒歩			
	自転車			