

教育相談票＜保護者記入用＞

相談日：令和 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	
氏名			男・女	平成	年 月 日生
住所	〒 Tel () -				
病名 診断名					
診断を受けた病院・時期					
薬名 服用目的					
身障者 手帳	・有 (1級・2級・3級) ・無 (肢体・内部・視覚・聴覚)	療育 手帳	・有 (A1・A2・B1・B2) ・無		
精神障害 者保健福 祉手帳	・有 (1級・2級・3級) ・無	手帳取得に対する特記事項			
療育 ・ 教育歴	時期	学校(学級)・施設名	期間(○年○月～○年○月)		
	就学前				
	小学校				
	中学校				
	高等学校				
利用サービス・ ショートステイ等	機関・施設名		期間(○年○月～○年○月)および内容		

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。		
医療的ケアについて	有・無 *有無どちらかに○を付け、有の場合はどのようなケアか記入してください。		
その他	*障がい等に関する特記事項があれば記入してください。		
生活の様子	興味関心	特に好きな遊び	
		休日の過ごし方	
	対人関係	好きな人	
		苦手な人	
	こだわりのある行動・事柄		
	その行動・事柄への対応		

*保護者が記入してください。

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	評価			特記事項
排泄	紙パンツや尿とりパットを使用していない。	1		3	
	尿意の有無を伝えることができる。	1		3	
	トイレ（和式・洋式）が利用できる。	1	2	3	
	自分でトイレに行くことができる。	1	2	3	
	排尿に関して、用を足し自分で始末ができる。	1	2	3	
	排便ができる。	1	2	3	
	排便後、お尻を拭くことができる。	1	2	3	
	手洗いができる。	1	2	3	

食事	好き嫌いなく食べることができる。	1	3
	形状、色、温度などのこだわりはない。	1	3
	再調理を必要としない。	1	3
	スプーン・フォークで食べる。	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
	嚥下障がない。	1	3
歯磨き・衛生	歯ブラシを受け入れられる。	1	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
	濡れタオルで顔を拭くことができる。	1	2 3
	洗面ができる。	1	2 3
	体を洗うことができる。	1	2 3
	髪を洗うことができる。	1	2 3
着脱	過敏性がない。	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
	靴下を自分で履くことができる。	1	3
	帽子をかぶることができる。	1	3
	ボタンやファスナーができる。	1	2 3
	靴の着脱が自分でできる。	1	2 3
睡眠	起床・就寝時間が決まっている。	1	3
	睡眠時間が安定している。	1	3
	夜尿をしない。	1	3
移動	階段の上り下りができる。	1	3
	常時手をつながなくても集団なら移動できる。	1	3
	集団で移動するときは、見届けていれば、一人で歩いて周りの仲間と一緒に移動できる。	1	3
	信号や横断歩道が分かり、一人で歩くことができる。	1	3
言語	言葉は無いが、発声して何かを伝えようとする。	1	3
	言葉は無いが、簡単な指示などは理解できる。	1	3
	あいさつができる。	1	3
	自分の名前を言うことができる。	1	3
	簡単な要求が言える。（とって、やる、いや等）	1	3
	一語文、二語文で簡単な会話ができる。	1	3