

就学・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。

<日常生活の状況について>

項目	* 該当する項目の□をチェックしてください	特記事項		
排泄について	<input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 尿意の有無を伝えることができる <input type="checkbox"/> 介助を受けてトイレ（和式・洋式）でできる <input type="checkbox"/> 介助無しで自分でトイレでできる			
	<input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 便意の有無を伝えることができる <input type="checkbox"/> 介助を受けて（和式・洋式）でできる <input type="checkbox"/> 介助無しで、自分で拭き取り用をたすことができる			
	<input type="checkbox"/> 全介助で食べる <input type="checkbox"/> 介助を受けて自分で食べる <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻注 胃瘻 その他） <input type="checkbox"/> 偏食がある（こだわり等特記事項に記入） <input type="checkbox"/> 食形態について、再調理が必要である <span style="margin-left: 150px;">（形態について特記事項に記入）</span>			
	<input type="checkbox"/> 水分はコップや水筒から自分で飲むことができる <input type="checkbox"/> 水分は介助を受けてコップや水筒から飲むことができる			
	<input type="checkbox"/> 歯みがきが自分でできる <input type="checkbox"/> 嫌がらずに介助を受けて歯磨きができる <input type="checkbox"/> 手洗いが自分でできる <input type="checkbox"/> 嫌がらずに介助を受けて手洗いができる			

衣服の着脱について	<input type="checkbox"/> 靴の脱ぎ履きが自分でできる	
	<input type="checkbox"/> 基本的な衣服の着脱が自分でできる	
	<input type="checkbox"/> 介助を受けて自分で衣服の着脱ができる	
	<input type="checkbox"/> 全介助で衣服の着脱をする	
	<input type="checkbox"/> 衣服について過敏がある（具体的に特記事項に記入）	
	<input type="checkbox"/> 嫌がらずに帽子をかぶることができる	
睡眠について	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日、安定した生活リズムで寝起きすることができる	
	<input type="checkbox"/> 眠りが浅くなる等、睡眠のリズムが崩れやすい	
	<input type="checkbox"/> 夜尿がある（具体的な対応があれば特記事項に記入）	
移動について	<input type="checkbox"/> 移動の時は、見届けていれば安全に一人で歩くことができる	
	<input type="checkbox"/> 移動の時は、安全のため常時手をつないでいる	
	<input type="checkbox"/> 集団で移動するときは、友だちと一緒に歩くことができる	
	<input type="checkbox"/> 歩行はできるが、長い距離を歩くことは難しい	
	<input type="checkbox"/> 車いす等、全介助で移動する	
	<input type="checkbox"/> 車いす等、自分で操作して移動する	
言語について	<input type="checkbox"/> 日常のやりとりがことばでできる	
	<input type="checkbox"/> 発語は少ないもしくは無いが、言われたことは理解できる	
	<input type="checkbox"/> サイン等で簡単な要求ができる	
	<input type="checkbox"/> 表情や行動で思いや気持ちを表すことができる	
	<input type="checkbox"/> 名前を呼ばれると返事ができる	

生活の様子	興味関心	好きな遊び、物	
		こだわり	
		その他	
	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		