

様式1

# 就学相談票

## 1 現在の教育等

現在通っている保育所・幼稚園、療育・相談機関、学校等		
	名 称	利用 期 間
保育所・幼稚園	〇〇 幼稚園・保育園	〇〇 年 〇月～
療育・相談機関		年 月～
		年 月～
学 校	立 学校	学級 第6学年在学
そ の 他		

## 2 就学を希望する学校（就学相談開始時点の希望校）

就 学 を 希 望 す る 学 校		
区 市 町 村 立 学 校	小金井市立 〇〇 小学校	通常の学級 <u>特別支援学級（知的）</u>
	立 中学校	通常の学級・特別支援学級（知的・情緒）
	（言語・難聴・弱視）の 通級による指導の利用を希望する	立 学校 学級
特 別 支 援 学 校	都立 小金井特別支援 学校	視覚・聴覚・肢・ <u>知</u> ・病・訪
	都立 学校	視覚・聴覚・肢・知・病・訪

## 3 手帳の有無

※お持ちでない場合は「なし」にマルをつけて下さい。

手 帳	愛の手帳（ 〇 度）	なし	身体障害者手帳（ 種 級）	なし
	療育手帳（ ）	申請中		年 月 日交付
	〇〇 年 〇月 〇日交付			

## 4 情報提供してほしい内容について

※ 該当箇所具体的に書き下さい。

(1) 就学相談の流れ	[ ]
(2) 教育内容等について	ア 通常の学級に関する事 [ ]
	① 特別支援学級に関する事 [ 〇 〇 〇 〇 ]
	ウ 通級による指導に関する事 [ ]
	エ 特別支援教室に関する事 [ ]
	オ 都立特別支援学校に関する事 [ 〇 〇 〇 〇 ]
(3) その他	[ ]

（こちらの面は、保護者の方に記入してもらいます。）

# 面談票

児童・生徒氏名： 小金井 太郎

記入者： 小金井 花子

現在の様子  ☆家庭や園・学校で ・困っていること ・気になること	※現在のお子様の様子を具体的にお書き下さい。
---	------------------------

現在の健康状態や成長・発達の様子など

現在の身長・体重	身長 ○○○ cm	体重 ○○ kg		
出生時のようす	出生時身長 ○○ cm	出生時体重 ○○○○ g		
	【特記事項】			
発育のようす	①首のすわり	○ 歳 ○ カ月	②寝 返 り	○ 歳 ○ カ月
	③お す わ り	○ 歳 ○ カ月	④は い は い	○ 歳 ○ カ月
	⑤つかまり立ち	○ 歳 ○ カ月	⑥歩 き 始 め	○ 歳 ○ カ月
	⑦発 語	○ 歳 ○ カ月	⑧人 見 知 り	○ 歳 ○ カ月
	【特記事項】 ※育児の上で気になったこと、など			
診断名 (病名等)	○○○ ※医師診察記録もお持ちの方			
診断を受けた病院等	○○ 病院 はここに記載されているもの。			

※母子手帳などをも参考に  
わかる範囲でご記入下さい。

医療について	医療機関名	①	○○ 病院 (小児科)	
		②	○○ 医療センター (児童精神科)	
		③	(科)	
	発作 <あり・なし>	服 薬	①薬剤名:	(朝・昼・夕・晩)
			②薬剤名:	(朝・昼・夕・晩)
			③薬剤名: ○○○○	(朝・昼・夕・晩)
			④薬剤名:	(朝・昼・夕・晩)
アレルギー <あり・なし>				
医療的ケア <あり・なし>	内 容	吸引・経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう・導尿・酸素・人工呼吸器 その他 ( )		
【学校生活を送る上での配慮事項】 ※身体的な配慮や安全面での配慮が必要な場合、 具体的にお書き下さい。				

様式2

児童・生徒氏名： 小金井太郎

記入者： 小金井 花子

諸検査の記録			
これまでに実施した検査	実施機関	実施時期	検査結果 ※別紙可
① WISC-IV ※これまでに受けた発達検査について、新しいものから2回分(あれば)をお書き下さい。	○○○	○○年 ○月	FSIQ:○○ VCI:○ PRI:○ WMI:○ PSI:○
② ※検査名が不明でも実施機関、時期等、分かることがあればお書き下さい。	○○	○○年 ○月	

就学相談についての希望等	
第1に希望する学校等 小金井市立 ○○小 学校 ○○○ 学級	備考
第2に希望する学校等 都立 ○○特別支援 学校 学級	
【就学に関する保護者の意向(希望の理由など)】 ※上記の学校を希望する理由をお書き下さい。	
【東京都の相談に引き継いで欲しいこと】 ※都立学校を希望する場合には、市の就学相談の後、東京都の相談があります。その際に東京都へ引き継いで欲しいことがあればお書き下さい。 <u>都立学校を希望していない場合は記入不要です。</u>	

通学の方法	
( ) 一人で通学する。	徒歩・交通機関利用
( ) 保護者等が送迎する。	徒歩・交通機関利用・福祉タクシー・自家用車
(○) スクールバスの利用を希望する。	車椅子での乗車希望(有・ <del>無</del> )
【通学に伴う課題や要望など】 ※スクールバスについて 都立の特別支援学校はスクールバスを利用できます。 小金井市立の特別支援学級(小学1~3年生)に在籍し、かつその学級が設置されている学区外から通う場合はスクールバスを利用できます。	

児童・生徒氏名： 小金井 太郎

記入者： 小金井 花子

## 就学する学校に対する希望

## 学校教育に対する期待

※ 就学先(希望先)への期待や希望をお書き下さい。

## 就学後も継続して利用したいサービス

	名 称	利 用 頻 度
福 祉 機 関	〇〇〇 デイサービス	月・週に 3 回
	子ども家庭支援センター	1 月・週に 1 回
	※ 放課後等デイサービスや訪問看護など。	月・週に 回
医 療 機 関	〇〇 病院	3ヶ月・週に / 回
	〇〇 医療センター	月・週に / 回
		月・週に 回
療 育 機 関	きらり等の療育施設	月・週に / 回
		月・週に 回
		月・週に 回
その他のサービス	ファミリーサポート	月・週に 2 回
		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回

## 期待する地域との関わり

※ 地域との関わりについての期待などがあればお書き下さい。