

就学相談票

児童
氏名

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		
療育・相談機関		
学 校	立 学校	学級 第 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 小 学 校 ・ 中 学 校	豊島区 立	通常の学級・特別支援学級（固定）
	豊島区 立 学校	通常の学級・特別支援学級（固定）
	特別支援教室 の利用を希望する	豊島区立
	（ 言語 ・ 難聴 ・ 弱視 ） の 通級による指導の利用を希望する	（ 学級 ）
都 ・ 区 ・ 国 ・ 私立 特 別 支 援 学 校		視覚・聴覚・肢・知・病・訪
		視覚・聴覚・肢・知・病・訪

3 手帳の有無

手 帳	愛の手帳（ 度）	な し	身体障害者手帳（ 級）	な し
	療育手帳（ ） 交付 申請中		交付 申請中	

4 情報提供してほしい内容について

(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 []
イ 特別支援学級に関する事 []
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 []
(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： _____

記入者： _____

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	ヵ月	②寝返り	歳	ヵ月
	③おすわり	歳	ヵ月	④はいはい	歳	ヵ月
	⑤つかまり立ち	歳	ヵ月	⑥歩き始め	歳	ヵ月
	⑦発語	歳	ヵ月	⑧人見知り	歳	ヵ月
	【特記事項】					
診断名 (病名等)						
診断を受けた病院等						

医療について	医療機関名	①		(科)
		②		(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】					

面談補助票(様式 A)

(1) 必須項目(皆様ご記入ください) 記入日 年 月 日, 記入者:

ふりがな		性別	生年月日	年齢		
お子さんの氏名			年 月 日			
【家族ならびに同居人】 (本人以外)	続柄	年齢	備考(学年等)	続柄	年齢	備考(学年等)

共同親権者の場合、就学相談の申し込みについて双方での合意が取れています。(親権が単独の場合はその方の意思をもってチェックを入れてください。)

(2) 過去に利用していた療育機関や相談機関、医療機関等

(3) 豊島区で初めて就学相談にかかる方はご記入ください
【育児の中で気になったこと(2歳くらいまで)】○を付けてください

①向かい合って抱っこして、名前を呼ぶと視線を合わせましたか?	(合わせた ・ そらした)
②動作の真似をしましたか?	(した ・ あまりしなかった)
③保護者を後追いしましたか?	(した ・ あまりしなかった)
④取ってほしい物、見てほしい物への指差しはありましたか?	(した ・ あまりしなかった ・ クレーン動作をした)
⑤抱かれるとエビぞりをして嫌がることはありませんでしたか?	(なかった ・ あった)

【育てるのに心配だったこと・気になった行動等】当てはまる項目に✓を付けてください。

<input type="checkbox"/> 成長が全体的にゆっくりで心配だった	<input type="checkbox"/> 保護者と離れるのが難しかった
<input type="checkbox"/> 呼んでも振り返らなかった	<input type="checkbox"/> いやいや期の反応が激しく、大変だった
<input type="checkbox"/> 癩癩持ちで、ちょっとしたことで感情を爆発させた	<input type="checkbox"/> 飛び出しが心配で目が離せなかった
<input type="checkbox"/> 公園などへ行っても他の幼児に関心を示さず、一人遊びが多かった	<input type="checkbox"/> 興味のある所へ一人で رفتりして、スーパーなどでよく迷子になった
<input type="checkbox"/> 特に心配なことはなかった	<input type="checkbox"/> その他 ()

【幼稚園・保育園に入るまでの感想】当てはまる項目に✓を付けてください。

とても育てやすかった 育てやすかった 比較的大変だった 大変だった

【感覚の過敏さについて(小学校入学前までの様子)】

①視覚	<input type="checkbox"/> 明るい光に不快感を覚えたり、避けたりする <input type="checkbox"/> キラキラ光るものやクルクル回るもの(扇風機や車のタイヤなど)を眺めている
②聴覚	<input type="checkbox"/> 大きな音に拒否反応を示す <input type="checkbox"/> 周りで物音がすると気が散って作業できない <input type="checkbox"/> 周囲が気にしない小さな音(空調や機械音等)でも気にする
③嗅覚・味覚	<input type="checkbox"/> 周囲が気にしない臭いでも気にする <input type="checkbox"/> 物の臭いを嗅ぎたがる <input type="checkbox"/> 食べ物の匂いや食感だけでおえっとなる
④触覚	<input type="checkbox"/> 特定のもの(洋服のタグ等)を嫌う <input type="checkbox"/> 身づくろい中(爪切りや散髪等)に不快感を訴える <input type="checkbox"/> 特定のおもちゃや生地に触れたがる <input type="checkbox"/> 手や足に伝わる感覚(ぬるぬるやベタベタ)に不快感を訴える
⑤前庭覚・固有覚	<input type="checkbox"/> ダンスやお遊戯が苦手 <input type="checkbox"/> ドッチボールや縄跳び等複数の身体部位を協調させる運動が苦手 <input type="checkbox"/> 器械運動が苦手 <input type="checkbox"/> 身体を揺らしたり、手をヒラヒラさせたり同じ動きの繰り返しが見られる
<備考>	*上記以外で気になることがあればご記入ください。

(4) 現在のお子さんのご様子について

【興味関心や好きなこと】

【保護者の方から見たお子さんのよいところ】

※この面談補助票は就学相談委員会・特別支援教室利用判定委員会の検討資料として用います。
また、情報提供に同意された方は就学先や転学先の学校、在籍校に送付します。