



就学相談申込票

令和 年 月 日記入

ふりがな		性別	生年月日	保育園・幼稚園名		
本人の氏名			平成 令和 年 月 日 (歳)	(登園開始時期: 歳 ヶ月)		
住所	〒 古河市	連絡先	TEL:	Mail:		
家族等	氏名(年齢)	続柄	職業等	氏名(年齢)	続柄	職業等
	()			()		
	()			()		
生育歴 <small>※母子手帳等を参考 にわかる範囲 でお書きください</small>	在胎(週)	出産時体重(g)	つかまり立ち(ヶ月)			
	歩き始め(歳 ヶ月)	始語(歳 ヶ月)	オムツがとれたのは?(歳 ヶ月)			
	健診時に発達について指摘を受けたことはありますか? ある(1歳6か月・3歳児)・ない					
	指摘された内容等()					
現在通っている療育機関等がありますか? ない・ある(ある場合→)			療育機関名 : 利用開始時期: 歳 ヶ月 / 利用頻度:			
発達や疾患、障害に関するかかりつけ医療機関がありますか? ない・ある(ある場合→)			医療機関名 : 診断名: / 通院頻度: 服薬 : ない・ある(薬名: / 1日 回 朝・昼・夕)			
交付手帳等	ない・ある(ある場合→) <small>※ある場合は初回相談時にご持参ください。</small>		身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳			
就学相談のお申込みをされた理由、就学にあたり不安なこと等ご自由にお書きください。						

◎現在のお子さんの様子を記入してください。(当てはまるところに○印をつけてください)

身 辺 処 理	食事	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
	排泄	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
	着替え	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
移動面	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助		
感覚の過敏さ	ない・ある(聴覚・触覚・視覚・嗅覚・その他())		
集団活動	参加可能 ・ 部分参加(支援があれば参加できる) ・ 難しい		
こ と ば	表出	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 発声程度 ・ 表出なし	
	理解	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 難しい	
行動面	一斉指示で行動できる ・ 個別の声かけが必要 ・ こだわりがある ・ 初めての場面は苦手 落ち着きがない ・ 行動の切り替えが難しい ・ ささいなことで怒りやすい ・ その他()		
就学先の希望 <small>※該当するところに○をつけてください</small>		通常の学級	特別支援学校
		特別支援学級	検討中

◎可能な範囲でご記入をお願いします。就学相談の初回相談時にご持参ください。

古河市教育委員会指導課