

# 【教育相談票】

この相談票を引継ぎ資料とすることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名(署名)

## 教育相談の経過

実施日	相談経過	担当等
月 日 ( )		
月 日 ( )		
月 日 ( )		
月 日 ( )		
月 日 ( )		

1. 現在の所属

ふりがな		性別	電話番号	写真
お子さんのお名前		男・女		
生年月日	令和 年 月 日 ( 歳 か月)			
家族構成	*兄弟姉妹は年齢/学年を記入 例)父(単身赴任)、母、兄(小3)、本人、妹(2歳)			
所属している園	園名	クラス名	担任名 先生	在園期間 歳 か月 ~ 現在
療育機関			頻度等 例) 1/週 水 15時~	利用期間 歳 か月 ~ 現在

2. 通学区域について

通学区域の小学校	守口市立	調整区域 無・有	転居予定 無・有	(予定地: )
----------	------	-------------	-------------	---------

3. 現在までの経過

現在の身長/体重	身長 cm	体重 kg
出生時	【特記事項】	
発育の経過	・出生時の体重( g) ・首のすわり( 歳 か月) ・おすわり( 歳 か月) ・はいはい( 歳 か月) 歩き始め ( 歳 か月) ・発語 ( 歳 か月)	
健診	歳 か月健診 <input type="checkbox"/> 指摘なし <input type="checkbox"/> 指摘あり [ ] 歳 か月健診 <input type="checkbox"/> 指摘なし <input type="checkbox"/> 指摘あり [ ]	
生育歴	月齢順に記入 *発達の経過、相談機関・療育施設を利用した期間や内容、病歴等を記入してください	
	歳 か月	
	歳 か月	
	歳 か月	
	歳 か月	

4. 医療について

診断名(病名等)			
医療機関名	例)〇〇病院△△科□□医師	服薬 無・有(朝・昼・夕)	
受診頻度	例)半年に1回	次回の受診日 R 年 月 日	
発作	【内容】	最後の発作 R 年 月 日	
医療的ケア	吸引 ・ 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ 導尿		
〈無・有〉	その他 ( )		
【学校生活を送る上での配慮事項】			

5. 手帳等について

手帳の種類		最新	交付年月日	初回取得時	交付年月日
療育手帳	無・有	A1・A2・B1・B2	R . .	A1・A2・B1・B2	R . .
身体障がい者手帳	無・有	種 級	R . .	種 級	R . .
		【詳細】			
精神障がい者保健福祉手帳	無・有	1級・2級・3級	R . .	サポートブック※	有・無

※お子さんの強みや苦手なこと、対応などをまとめたもの

6. 発達検査、知能検査について ☆最新の結果をご記入ください

諸検査の記録	実施時期	検査の種類と結果
<input type="checkbox"/> 受けたことがない	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新版K式…DQ _____ 姿勢運動 _____ 認知適応 _____ 言語社会 _____
<input type="checkbox"/> 受けたことがある (右に記入)	実施機関名	<input type="checkbox"/> 田中ビネーV…IQ _____ <input type="checkbox"/> 田中ビネーVI…IQ _____
<input type="checkbox"/> 受ける予定がある (R 年 月 予定)		<input type="checkbox"/> WISC-IV…IQ _____ 言語理解 _____ 知覚推理 _____ ワ-キョク メリ- _____ 処理速度 _____
		<input type="checkbox"/> WISC-V…IQ _____ 言語理解 _____ 視空間 _____ 流動性 _____ ワ-キョク メリ- _____ 処理速度 _____
		<input type="checkbox"/> その他 [検査名: _____ 詳細: _____ ]

7. 現在のお子さんのようす

当てはまるところに○をしてください				備考 *当てはまるものに☑をし、詳しくは空欄にご記入ください		
身 辺 処 理	①粗大運動 (移動)	自力では 困難	不安定だが 歩ける	歩ける	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 装具使用	
	②姿勢・身体	座位保持 困難	姿勢が 崩れやすい	自力で 座れる	<input type="checkbox"/> 座位保持椅子使用 <input type="checkbox"/> 眼鏡装用 <input type="checkbox"/> 補聴器装用	
	③微細運動 (手先の作業)	自力では 困難	部分介助	一人で できる	<input type="checkbox"/> はさみが使える <input type="checkbox"/> 人物が描ける	
	④食事の様子	全面介助	部分介助	一人で できる	<input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> アレルギー ( _____ )	
	⑤排泄の様子	全面介助	部分介助	一人で できる	<input type="checkbox"/> オムツ使用 (紙パンツ・テープ式)	
	⑥衣服の着脱	全面介助	部分介助	一人で できる	<input type="checkbox"/> 服の前後や靴の左右を間違える→ <input type="checkbox"/> 指摘すれば自分で直せる	
言 語	⑦意思表出	快・不快の 表現のみ	単語を中心と した表出	日常会話が 可能	<input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音	
	⑧理解	無反応	個別指示が 必要	集団でも 可能	<input type="checkbox"/> 絵、写真カード使用	
学 習	⑨文字	関心なし	だいたい 読める	名前が 書ける		
	⑩数	関心なし	数唱できる	個数理解が ある		
	⑪教科書 (学校記入)	<input type="checkbox"/> 当該学年の教科書 <input type="checkbox"/> 文部科学省著作教科書(☆本) <input type="checkbox"/> 一般図書(9条本)				
⑫対人面	ほとんど 反応なし	特定の人と 成立	周囲の人と 成立			
⑬集団参加	参加は 難しい	部分的に 参加可能	参加できる		<input type="checkbox"/> 新しいことや場所、慣れないことや場所が苦手	
⑭行動面  *当てはまるもの すべてに○をする	落ち着きがなく じっとしてられない		興奮したり気分が不安定に なったりする	目の届かないところへ 行ってしまう	感覚過敏がある (聴覚・触覚など)	その他
	危険な物や場所の 区別がつかない		こだわりがあり 生活に支障をきたす	他人や自分を 傷つけることがある	気持ちの切り替えが 難しい	
	その他 記入欄					

