

教 育 相 談 票

■この相談票は、お子さんの就学等の相談において、内容を確認するための書類です。記入いただいた内容は教育委員会・就学先の学校等において共有させていただきます。

1. お子さんについて

年 月 日 記入

| | | | | |
|---------|---------|-----|---------------|---------------|
| ふりがな | | 性別 | 在籍園(学校)名 | |
| お子さんの名前 | | 男・女 | ※並行通園の場合は複数記入 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 連絡先 | (自宅) |
| | | 歳 | | (携帯) |
| ふりがな | | 続柄 | 居住地学区 | 甲斐市立 小・中学校 |
| 保護者名 | | | | |
| 現住所 | 〒 _____ | | | |

2. 家族構成について

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業・学校・学年等 |
|----|----|----|-----------|
| | | 歳 | |
| | | 歳 | |
| | | 歳 | |
| | | 歳 | |
| | | 歳 | |

3. 相談したい内容・困っていること（主訴）

| (病名などがあれば具体的に記入) | 状 況 |
|------------------|-----|
| | |

4. 生活・活動の様子

① 家庭での様子

| 生活面の自立状況（該当するものに○） ※②・③に○の場合は（具体的な状況）欄に記入 | | | | | |
|---|----------------------|----------|------------------|----------------------|----------|
| 食 事 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 | （具体的な状況） | 排 泄 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 | （具体的な状況） |
| 着替え | ①自立 ②一部介助 ③全介助 | （具体的な状況） | 入 浴 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 | （具体的な状況） |
| 初めての人 や場面での 緊張 | ①なし ②多少あり ③あり | （具体的な状況） | 言 語 ・ 感情表現 | ①良好 ②一部苦手 ③苦手 | （具体的な状況） |
| ■特に気になることや困っていること | | | | | |

② 園（学校）での様子

| 園(学校)生活の状況（該当するものに○） ※②・③に○の場合は（具体的な状況）欄に記入 | | | | | |
|---|---------------------|----------|--------------------------------|------------------------|----------|
| 学習状況 | ①良好 ②一部苦手 ③苦手 | （具体的な状況） | 集団指示の 聞き取り | ①支援不要 ②一部支援 ③要支援 | （具体的な状況） |
| 対人関係 ・ コミュニケーション | ①良好 ②一部苦手 ③苦手 | （具体的な状況） | 対人関係の トラブル | ①多い ②多少あり ③少ない | （具体的な状況） |
| 気持ちの 切り替え | ①良好 ②やや苦手 ③苦手 | （具体的な状況） | イライラし た時など、 ストレスの 対処法 | （具体的に記入） | |
| ■園(学校)から指摘されていること、気になることや困っていること | | | | | |

5. 療育・医療との関わりについて

1) 療育手帳 有 ・ 無 障害の程度(等級など) ()

2) 身体障害者手帳 有 ・ 無 障害の程度(等級など) ()

3) 病名・診断名 (診断を受けている場合は、記入)

| 病名・診断名 | 診断時期 | 医療機関名 担当医師名 | 病 状 |
|--------|------|----------------|-----|
| | 歳 カ月 | 医師： | |
| | 歳 カ月 | 医師： | |
| | 歳 カ月 | 医師： | |

4) 医療機関、相談・診療機関 (受診・相談を行っている場合は、記入)

| 機 関 名 | 担当者名 (わかる範囲で記入) | 開始時期 (～終了時期) | リハビリ等の内容 |
|-------|--------------------|-------------------|---|
| | | 歳 カ月 ～ 歳 カ月 | <ul style="list-style-type: none"> • PT • OT • ST • その他 () |
| | | 歳 カ月 ～ 歳 カ月 | <ul style="list-style-type: none"> • PT • OT • ST • その他 () |
| | | 歳 カ月 ～ 歳 カ月 | <ul style="list-style-type: none"> • PT • OT • ST • その他 () |

■受診・相談のきっかけ

6. 知能検査等の実施状況

- 「田中ビネーV知能検査」・「WISC-III^{ウイスクー}」・「WISC-IV^{ウイスク}」を受検している場合は必ず記入
 (可能であれば、検査結果の控えを持参)

| 実施機関名 | 担当者名 (わかる範囲で記入) | 実施日 | 検査結果 |
|-------|--------------------|-------|------|
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |

7. 就学について (相談日時点での考え・複数回答可)

| |
|--|
| 就学先の希望 ※該当するものに○ |
| 1) 特別支援学級を希望 2) 特別支援学校を希望 3) 通常学級を希望 4) 現時点では未定 |
| ■就学にする期待や不安等 (感じていることを記入) |
| |

8. その他

| |
|------------------------------|
| その他、就学や学校生活について気になること等があれば記入 |
| |

※以下は記入不要（教育委員会が記入）

■学校見学

| 学校見学希望 | | 有 ・ 無 | |
|--------|--------|----------------------|-----|
| 1 | 見学日時 | 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ | |
| | 学校名 | | 参加者 |
| | 見学時の様子 | | |
| 2 | 見学日時 | 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ | |
| | 学校名 | | 参加者 |
| | 見学時の様子 | | |
| 3 | 見学日時 | 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ | |
| | 学校名 | | 参加者 |
| | 見学時の様子 | | |

■知能検査・社会生活能力検査

| 検査必要の有無 | | ・ 必要 ・ S-M社会生活能力検査のみ必要 ・ 不要 | |
|---------|--------------|-------------------------------------|--|
| | 実施場所 | 検査者 | 検査結果 |
| 1 | ・ 市教育委員会 | ・ サポ-トル-ム/市教委依頼 先生 ・ 市教委職員() | 能力検査 S-M社会生活 生活年齢[CA]: 歳 カ月 社会生活年齢[SA]: 歳 カ月 社会生活指数[SQ]: |
| | ・ 県教育センター | 先生 | 知能検査 田中ビネー/WISC-III/WISC-IV |
| | ・ その他 () | | |
| 2 | ・ 市教育委員会 | ・ サポ-トル-ム/市教委依頼 先生 ・ 市教委職員() | 能力検査 S-M社会生活 生活年齢[CA]: 歳 カ月 社会生活年齢[SA]: 歳 カ月 社会生活指数[SQ]: |
| | ・ 県教育センター | 先生 | 知能検査 田中ビネー/WISC-III/WISC-IV |
| | ・ その他 () | | |