

--

就学相談（新小学1年）及び 教育相談（在学小1～中3） 申込書

受付日時印

記入日 令和 2 年 2 月 1 日

記入者氏名 特総 太郎

お子さんとの関係 (父) 母・その他 ( )

【記入しないでください】

令和2年度版

令和2年1月更新

フリガナ	トクソウ ハナコ	
お子さんの氏名	特総 花子	生年月日 (平成25年4月1日生) 年齢 ( 6 歳) 性別 (男) 女)
フリガナ	トクソウ タロウ	
保護者氏名	特総 太郎	(父) 母・その他 ( )
現住所	(〒 240 - 0044 ) 横浜市 保土ヶ谷 区 仏向町 845-2 転居予定 ( 無 ) (有) 転居予定住所 (横浜市中区内に令和2年12月転居予定)	
電話番号	携帯電話(080-0000-●●●●) (父) 母・他 ( ) ( 午前9時から午後5時で連絡が 自宅電話(090-●●●●-0000) (母) できる方に0をつけてください。	
相談日のご都合の悪い曜日・時間帯	相談日のご都合の悪い曜日と時間をお書きください。 月曜日のAM	

※相談日程の調整上で、ご希望にそえないことがあります。

<就学相談(新 小学1年)の方>

<教育相談(在学 小1～中3)の方>

幼稚園名	( 特総 )幼稚園 (週5日通園)
保育園名	( トクソウ )保育園 (週5日通園)
療育センター等	・(トクソウ地域療育)センター (通園)週(5)日利用 ・ 外来 ・ 児童発達支援事業所 週( )日利用
居住区の学校名	( 0000 )小学校 義務教育学校 学校での相談は終わっていますか。 ( 5月1日終了・ 月 日予定)

在籍校	( )小・中学校 義務教育学校 特別支援学校 年 組 (一般・個別) 担任名( )
その他	学校での相談は行っていますか。 (はい・いいえ・今後相談予定) 通級指導教室の利用 (あり・なし) ( )小・中学校 (情緒・難聴・言語・弱視)

障害種に○を付けてください

特別支援教育総合センター使用欄 (この欄には記入しないでください。)

相談月日	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 担当 ( )				
発達検査月日	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 担当 ( )				
変更月日	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 担当 ( )				
発達検査月日	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 担当 ( )				
①入力	②入力チェック	③相談員確認	④発送	⑤変更発送	変更理由 ①保護者の希望 ②キャンセルによる延期 ③その他 ( )
				要 不要	

**相談申込一様式1**

◎ 相談の内容について

<p>(1) 相談の目的について ※ 該当の ( ) に○をつけてください。</p>	<p>【就学相談】(新 小学1年の方) (○) 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 ( ) 居住区の学校に相談を勧められた。</p> <p>【教育相談】(小1～中3に在学中の方) (○) 希望する学校種、学級種がある。 ( ) 学校から相談を勧められた。 ( ) 市外から横浜市内に転入する予定がある。</p>								
<p>(2) 希望する及び検討する学級・校種について ※ 該当の ( ) に○を必ずつけてください 複数選択可 ※「個別支援学級」のみを希望する場合、一定の条件を満たせば、当センターに来所せずに、入級できることがあります。詳しくは各学校までご相談ください。</p>	<p>( ) 一般学級 ( ) 個別支援学級 ( ) 通級指導教室 (情緒・難聴・言語・弱視) ( ) 特別支援学校 (知的障害・肢体不自由・ろう・盲)</p> <p>※ 見学した学校があればお書きください。 ( )</p>								
<p>(3) 相談時に本人及び保護者の通訳が必要な場合は、○をつけてください。</p>	<p>( ) 保護者の 英 語の通訳 ( ) 手話通訳</p>								
<p>(4) 特別支援教育総合センターでお子さんの相談をされたことはありますか。</p>	<p>( ) ない ・ ある ( 年 月頃) ※ 改姓された方は旧姓をお書きください。( )</p>								
<p>(5) 特別支援教育総合センター以外で発達検査(IQ値のわかるもの)を受けた経験はありますか。 ➡お手元に紙面で発達検査結果がある場合は、申込書と一緒にコピーしたものを送付してください。(参考にさせていただきます) ※申込み後に発達検査を受けた場合は、必ず事前にセンターへ連絡してください。</p>	<p>ない ・ ある</p> <table border="1"> <tr> <td>実施機関</td> <td>特総地域療育センター</td> </tr> <tr> <td>最近の検査実施日</td> <td>令和元年 6月頃</td> </tr> <tr> <td>検査名</td> <td>田中ビネーV、WISC-IVなど</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td>I Q 〇〇 (IQの数値など)</td> </tr> </table>	実施機関	特総地域療育センター	最近の検査実施日	令和元年 6月頃	検査名	田中ビネーV、WISC-IVなど	実施結果	I Q 〇〇 (IQの数値など)
実施機関	特総地域療育センター								
最近の検査実施日	令和元年 6月頃								
検査名	田中ビネーV、WISC-IVなど								
実施結果	I Q 〇〇 (IQの数値など)								
<p>今後発達検査を受ける予定</p>	<table border="1"> <tr> <td>令和2年〇月</td> <td>実施機関 〇〇児童相談所</td> <td>検査名 田中ビネーV</td> </tr> </table>	令和2年〇月	実施機関 〇〇児童相談所	検査名 田中ビネーV					
令和2年〇月	実施機関 〇〇児童相談所	検査名 田中ビネーV							
<p>【同意欄】必ず記入してください。 ※ 資料は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。</p> <p>1 療育センター・児童相談所へ検査結果を請求することについて (同意する) ・ 同意しない ) また、必要に応じて当センターでの検査結果を提供することについて (同意する) ・ 同意しない ) 2 関係機関の検査結果を用いて当センターで今回相談することについて (同意する) ・ 同意しない ) 令和 2 年 5 月 1 日 保護者名 特総 太郎</p>									

◎ 手帳について (お持ちであればお書きください。)

<p>愛の手帳 (療育手帳)</p>	<p>初回の交付年月日 (平成) 令和 〇 年 〇 月 判定 ( A2 ) 現在の交付年月日 (平成) 令和 〇 年 〇 月 判定 ( A2 ) 更新予定年月日 平成 (令和) 2 年 〇 月</p>
<p>身体障害者等 手帳</p>	<p>初回の交付年月日 (平成) 令和 〇 年 〇 月 1 種 1 級 (※肢体不自由) 現在の交付年月日 (平成) 令和 〇 年 〇 月 1 種 1 級 (※肢体不自由) 更新予定年月日 平成 (令和) 〇 年 〇 月 (※ ) には「視覚障害」「聴覚障害」「肢体不自由」「精神障害」など、種別をお書きください</p>

**相談申込一様式 1**

◎ 医療等の関係機関について

今まで医療機関などを利用したことが ( ある ) ない )

<p>相談主訴に関わる 関係医療機関名</p> <p>(療育センターなどを含め お書きください。)</p>	<p>〇〇県立〇〇病院 〇〇地域療育センター</p>
<p>診断名 (診断年月)</p>	<p>例 自閉症スペクトラム (令和元年〇月)</p>
<p>服 薬</p> <p>(薬名や服薬回数など)</p>	<p>なし</p>
<p>【これまでの療育経過】 例 平成〇年〇月 〇〇地域療育センター 通園 例 平成〇年〇月 〇〇クリニック 受診</p> <p>平成〇年〇月 県立〇〇病院 受診</p> <p>平成〇年〇月 〇〇地域療育センター 受診 (週3日通園 開始)</p> <p>平成〇年〇月 〇〇保育園 入園 (週2日)</p> <p>平成〇年〇月 〇〇地域療育センター 受診 (週5日通園 開始)</p>	
<p>【今後の療育予定】 例 令和〇年〇月 〇〇地域療育センター 受診予定 例 令和〇年〇月 〇〇クリニック 受診予定 例 令和〇年〇月 手帳更新のため〇〇児童相談所 来所予定</p> <p>令和〇年〇月 〇〇児童相談所 来所予定 (手帳更新のため) 令和〇年〇月 県立〇〇病院 定期通院</p>	

◎ 一緒に生活されている方の口にチェックを入れてください。

父 母 兄 姉 弟 妹 その他 【例 兄】

(1人) (人) (人) (人) (祖母) (2人)

小4

**相談申込一様式1**

◎お子さんの生育について（母子手帳等を参考にわかる範囲でお書きください。）

(1) 妊娠期間は何週でしたか。	〇〇 週
(2) 出産時の体重は何グラムでしたか。	〇〇〇〇 グラム
(3) 首がすわった時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(4) つかまり立ちをした時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(5) ひとり歩きをした時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(6) 尿意を教え始めた時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(7) オムツが完全にとれた時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(8) 大きな病気にかかったことがありますか。	〇歳〇か月（病名 〇〇〇 ）
(9) けいれんの経験がありますか。	〇歳〇か月（予後 痙攣 最近〇年〇月）
(10) 脳波検査を受けたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> ある（ 3 歳頃） ・ <input type="radio"/> ない
(11) 長期入院したことがありますか。	歳 か月（病名 ）
(12) 1歳6か月児健診で指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない
(指摘された内容 <u>つかまり立ちが難しい</u> )	
(その後の対応 <u>〇〇療育センターに相談 〇〇病院に相談</u> )	
(13) 3歳児健診で指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない
(指摘された内容 <u>ことばの数が少なく、発達がゆっくりである。</u> )	
(その後の対応 <u>〇〇療育センターに相談</u> )	
(14) あてはまるものに○をつけてください。	
<input type="radio"/> ① アレルギー体質 <input checked="" type="radio"/> ② ぜんそく <input type="radio"/> ③ 下痢をしやすい <input type="radio"/> ④ 便秘をしやすい <input type="radio"/> ⑤ 吐きやすい <input type="radio"/> ⑥ よく頭痛を訴える <input checked="" type="radio"/> ⑦ 熱を出しやすい <input type="radio"/> ⑧ 風邪をひきやすい <input type="radio"/> ⑨ 耳鳴りを訴えることがある	
その他、気になることがあればお書きください。	
例 発熱でてんかん発作が誘発される。→発作時は〇〇の対応が必要。	

◎ お子さんの現在の様子について

身辺処理	食 事	自立 ・ ほぼ自立 ・ <b>部分介助</b> ・ 全面介助
	偏食	ない・ <b>ある</b> ( )
	アレルギー	<b>ない</b> ・ある ( )
	食事形態	<b>通常食</b> ・きざみ・ミキサー・その他 ( )
	<p>くわしくお書きください。 好きなものを詰め込むようにたべるため、一口大にカットしていたり、野菜類を混ぜたりして食べさせている。水分はストローで飲んでいる。</p>	
着替え		自立 ・ <b>ほぼ自立</b> ・ 部分介助 ・ 全面介助
	<p>くわしくお書きください。 周囲が気になり、時間がかかる。</p>	
排 泄		自立 ・ ほぼ自立 ・ <b>部分介助</b> ・ 全面介助
	<p>くわしくお書きください。 自らトイレに行くことが少ないため、声かけでトイレを促している。 トレーニングパンツで練習中</p>	
ことば (表出)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ <b>単語程度</b> ・ 発声程度 ・ 発声なし	
	話し始めの時期 (「ママ」「ブーブー」など)	○ 歳 ○ 月
	二～三語文の表出がみられた時期	○ 歳 ○ 月
	現在の話し言葉で気になることがありますか。	<b>ある</b> ・ ない
	<p>ことば (表出) の様子についてくわしくお書きください。 同じ話を繰り返すことが多い。 自分の気持ちを伝えることが難しい。</p>	
ことば (理解)	日常会話可 ・ <b>二語文程度</b> ・ 単語程度 ・ 難しい	
	<p>本人へ伝えるために工夫されていることなどをお書きください。 日常生活で使われる単語については理解している。その他のことばについては、わかりやすく伝えたり、絵など具体物を示したりして理解を促している。</p>	
日本語以外の言語で生活経験はありますか？		
		<b>ある</b> ・ なし
		<b>ある場合</b> → 生活期間 ( ○ 歳 ~ ○ 歳 )

	自立 ・ ほぼ自立 ・ <b>部分介助</b> ・ 全面介助	
移動面	<p>移動の様子や配慮が必要なことがあればお書きください。</p> <p>新奇場面での移動では、声かけを多くしている。</p> <p>肢体不自由がある場合</p> <p>「歩行は困難なため、車いすを使用している」</p> <p>「歩行は困難だが、ハイハイで移動できる」</p> <p>「独歩は困難だが、手を引くと歩ける」など</p>	
集団活動	<p>参加可能 ・ <b>部分参加</b>（支援があれば参加できる） ・ 難しい</p> <p>その他、気になることがあればお書きください。</p> <p>興味関心があれば、活動に参加することができるが、参加は短時間であることが多い。また、待つことが苦手です。</p>	
視力	視力	裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 眼鏡使用 ある ・ <b>ない</b> 矯正 右（ ） ・ 左（ ）
	色覚異常	ある ・ <b>ない</b>
	斜視	ある ・ <b>ない</b>
	疾病等	
	その他、気になることがあればお書きください。 測定することができませんでした。	
聴力	正常・難聴	裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 補聴器装用 ある ・ <b>ない</b> 矯正 右（ ） ・ 左（ ） 人工内耳装用 ある ・ <b>ない</b>
	その他、気になることがあればお書きください。 測定することができませんでした。	
利き手	<b>右利き</b> ・ 左利き ・ 未確立	
医療的ケア	<p>あればお書きください。</p> <p>ある。「一日数回、吸引が必要である」「朝・昼・夕に胃ろうから栄養剤をとっている」「1日数回導尿を行っている」など</p>	
好きなこと 興味をもっていること	具体的に お書きください。	
得意なこと 長所など	具体的に お書きください。	

相談申込一様式 1

お子さんの現在の様子について気になる行動が ない ・  ある

ある の場合は以下の項目のあてはまるものに○をつけてください

① 視線が合いにくい。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある
② 人見知りがある。	ある ・ 時々ある
③ 場にそぐわない大きな声を出すことがある。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある
④ 漢字・マーク・駅名など特定のものだけを覚える。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある
⑤ 動きが激しく落ち着かず思ったらすぐに行動する。	ある ・ 時々ある
⑥ 自分の身体の一部を叩いたり、噛んだりする。	ある ・ 時々ある
⑦ 食べ物以外のものを口に入れる。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある
⑧ 指示や禁止が分からない。	ある ・ 時々ある
⑨ 周囲の様子に合わせて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑩ 場所や変化に応じて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑪ 手のひらや紙などをひらひらさせる。	ある ・ 時々ある
⑫ 特定の物や事柄へのこだわりがある。 (どのようなものですか? )	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある
⑬ 不器用である。	ある ・ 時々ある
⑭ ひとりごとや相手の言った言葉を繰り返す。	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある
⑮ 攻撃的である。	ある ・ 時々ある
⑯ 感覚の過敏さ (どのようなものですか? 音・におい )	<input checked="" type="radio"/> ある ・ 時々ある

◎ 相談したいことや気になることをお書きください。

検査の結果をみて、学級種を検討したいと思います。

就学後の〇〇が不安に感じています。〇〇について、教えていただくと助かります。

※ 本申込書は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。