

保護者様

## 横浜市特別支援教育総合センター

### 就学相談（新小学1年）・教育相談（在学小1～中3）

申込書の記入にあたって

横浜市特別支援教育総合センターでの就学相談（翌年度に小学校へ就学予定のお子さまの相談）や教育相談（既に小学校、中学校や義務教育学校に在籍しているお子さまの相談）を希望される場合は、指定の申込書に必要事項を記入のうえ、「就学相談」、「転入予定」の方は直接郵送で、「教育相談」の方は学校経由で、お申し込みください。

なお、電話・FAXでのお申込みは受け付けていませんのでご注意ください。

#### **【注意事項】 記入にあたっては、ボールペンを使用し、楷書でご記入ください。**

- ・ 記入については、該当しないところは空欄のままかまいません。  
お子さんの生育歴などは、わかる範囲でご記入ください。
- ・ 他の機関での直近の検査結果をお持ちでしたら、差し支えない範囲で写しを同封してください。
- ・ 相談日については、お子様の状況により決定します。申込順ではありませんので、ご了承ください。
- ・ 相談日が決定しますと、就学相談の場合は保護者に郵送で、教育相談の場合は学校を通じて、文書にてお知らせします。
- ・ 記入された内容は、適切な相談および教育に向けて活用させていただきます。  
それ以外の目的では使用しません。
- ・ ホチキスでとめずに、A4版用紙でご提出ください。

ご不明な点は、次までご連絡ください。

☎240-0044 横浜市保土ヶ谷区仏向町 845-2

横浜市教育委員会事務局 特別支援教育相談課

（横浜市特別支援教育総合センター） ☎045-336-6020

（令和2年2月更新）





保	学	校	個指
---	---	---	----

--

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 年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_

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	
お子さんの氏名	生年月日（平成 年 月 日生） 年齢（ 歳）性別（男・女）
フリガナ	
保護者氏名	父・母・その他 ( )
現住所	(〒 - ) 横浜市 区 転居予定（無・有）転居予定住所 ( )
電話番号	携帯電話( )【父・母・他( )】( ) 午前9時から午後5時で連絡ができる方に0をつけてください。 自宅電話( ) ( ) ←
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。  ※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	( )幼稚園(週日通園)
保育園名	( )保育園(週日通園)
療育センター等	・( )センター 通園週( )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	( )小学校 義務教育学校 学校での相談は終わっていますか。 ( 月 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
				要 不要
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 ( )				

**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>通級指導教室及び特別支援学校を希望する場合は障害種学校種に○を付けてください</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 _____ 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></td> </tr> <tr> <td>最近の検査実施日</td> <td>_____ 年 _____ 月頃</td> </tr> <tr> <td>検査名</td> <td>(田中ピネーV、WISC-IVなど)</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td>(IQ の数値など)</td> </tr> </table>	実施機関		最近の検査実施日	_____ 年 _____ 月頃	検査名	(田中ピネーV、WISC-IVなど)	実施結果	(IQ の数値など)
実施機関									
最近の検査実施日	_____ 年 _____ 月頃								
検査名	(田中ピネーV、WISC-IVなど)								
実施結果	(IQ の数値など)								
<p><b>今後発達検査を受ける予定</b></p>	<table border="1"> <tr> <td>令和 _____ 年 _____ 月</td> <td>実施機関</td> <td>検査名</td> </tr> </table>	令和 _____ 年 _____ 月	実施機関	検査名					
令和 _____ 年 _____ 月	実施機関	検査名							
<p>【同意欄】 <u>必ず記入してください。</u> ※ 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 )</p> <p>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 )</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者名 _____</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 _____ 年 _____ 月 判定 ( _____ ) 現在の交付年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 判定 ( _____ ) 更新予定年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 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 _____ 年 _____ 月 _____ 種 _____ 級 (※ _____ ) 現在の交付年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 種 _____ 級 (※ _____ ) 更新予定年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 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>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>【これまでの療育経過】</p>	<p>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>【今後の療育予定】</p>	<p>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>

◎ 一緒に生活されている方の□にチェックを入れてください。

父   母   兄   姉   弟   妹   その他   **【例 兄】**  
 ( 人 ) ( 人 ) ( 人 ) ( 人 ) (            )            ( 2人 )

**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。	週	
(2) 出産時の体重は何グラムでしたか。	グラム	
(3) 首がすわった時期はいつですか。	歳 か月	
(4) つかまり立ちをした時期はいつですか。	歳 か月	
(5) ひとり歩きをした時期はいつですか。	歳 か月	
(6) 尿意を教え始めた時期はいつですか。	歳 か月	
(7) オムツが完全にとれた時期はいつですか。	歳 か月	
(8) 大きな病気にかかったことがありますか。	歳 か月(病名 )	
(9) けいれんの経験がありますか。	歳 か月(予後 )	
(10) 脳波検査を受けたことがありますか。	ある( 歳頃) ・ 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。	ある ・ ない	
(指摘された内容_____)		
(その後の対応_____)		
(13) 3歳児健診で指摘されたことがありますか。	ある ・ ない	
(指摘された内容_____)		
(その後の対応_____)		
(14) あてはまるものに○をつけてください。		
① アレルギー体質	② ぜんそく	③ 下痢をしやすい
④ 便秘をしやすい	⑤ 吐きやすい	⑥ よく頭痛を訴える
⑦ 熱を出しやすい	⑧ 風邪をひきやすい	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。		

◎ 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 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		偏食	ない・ある ( )
		アレルギー	ない・ある ( )
		食事形態	通常食・きざみ・ミキサー・その他 ( )
		くわしくお書きください。	
	着替え	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助 くわしくお書きください。	
排 泄	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助		
	くわしくお書きください。		
ことば (表出)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 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。	ある	・ ない
	ことば (表出) の様子についてくわしくお書きください。		
ことば (理解)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 難しい		
	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。		
日本語以外の言語で生活経験はありますか？		ある ・ なし	
		<b>ある場合</b> →	生活期間 ( 歳～ 歳)

移動面	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助		
	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。		
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		
	その他、気になることがあればお書きください。		
視力	視力	裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	眼鏡使用 ある ・ ない
	色覚異常	ある ・ ない	
	斜視	ある ・ ない	
	疾病等		
	その他、気になることがあればお書きください。		
聴力	正常・難聴	裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	補聴器装用 ある ・ ない 人工内耳装用 ある ・ ない
	その他、気になることがあればお書きください。		
利き手	右利き ・ 左利き ・ 未確立		
医療的ケア	あればお書きください。		
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。	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。	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。	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。	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?)	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。	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?)	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。

※ 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。