



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 年 月 日		登園開始時期： 歳 ヶ月			
住所	〒 佐々町				連絡先			
家族等	氏名	年齢	続柄	職業等	氏名	年齢	続柄	職業等
		歳				歳		
		歳				歳		
生育歴 ※母子手帳等を参考にわかる範囲でお書きください								
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ヶ月・3歳児）・ ない 指摘された内容等（ ）								
大きな病気にかかったことがありますか？ ある（ 歳 ヶ月/病名： ）・ない								
現在通っている療育機関等がありますか？		療育機関名：						
ない ・ ある（ある場合→）		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？		療育機関名：						
ない ・ ある（ある場合→）		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→）				身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳			
※ある場合は初回相談時にご持参ください								
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		通常の学級	特別支援学校
※該当するところに○をつけてください		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。

佐々町教育委員会