

就学相談票① (保護者記入用)

受付番号	
------	--

ふりがな				性別	生年月日			年齢				
名前					西暦 年 月 日 (令和 年)			歳 か月				
在籍園等	名称					指定学区	小学校・義務教育学校					
保護者名	ふりがな		続柄	年齢	電話番号			住所	つくば市			
					職業							
	ふりがな		続柄	年齢	電話番号			連絡先	①() ②()			
					職業				・			
家族年齢 (同居者)	祖父	祖母	兄()人	姉()人	弟()人	妹()人	()	()				
	歳	歳	歳	歳	歳	歳						
生育歴	胎児期の異常				出生時身長	() cm	つかまり立ち	歳	か月			
	出産時の異常				出生時体重	() g	歩き始め	歳	か月			
	分娩	()週	普通分娩	・	帝王切開	・	その他()	始語	歳	か月		
交付手帳	療育手帳	有・無	新規交付日	年月日	身体障害者手帳	有・無	種	級	新規交付日	年月日		
		等級()	再判定日	年月日		種別			再判定日	年月日		
健康状況	既往歴 通院歴	病院名				主治医			診断名			
		病院名				主治医			診断名			
	眼、耳 の症状	身体の状況 (医療的ケア等)							服薬状況	無・有 ()		
	視力	右	左	矯正視力	右	左	左	眼鏡・コンタクト	両眼・左・右	異常なし		
聴力	右	dB	左	dB	矯正聴力	右	dB	左	dB	補聴器・人工内耳	両耳・左・右	異常なし
発達に関する相談状況	病院名				主治医			診断名	(年月)			
					主治医							
その他の機関						服薬状況	無・有 ()					
療育 リハビリ	機関名			集団	個別	頻度	曜日	言語・聴覚	運動	作業	何歳から	
						月・週 回						
						月・週 回						
						月・週 回						
						月・週 回						
						月・週 回						
相談したいこと												
希望する就学先	1 通常の学級	2 通級による指導	3 特別支援学級	4 特別支援学校								
	・ 難聴	・ 言語障害	・ 知的障害	・ 知的障害教育	・ 聴覚障害教育(聾学校)	・ 自閉症・情緒障害	・ 肢体不自由教育	・ 視覚障害教育(盲学校)	・ 難聴	・ 言語障害	・ 痴弱教育	