

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											
		身体 の 状況 (医療的ケア等)												服薬状況		(      無 ・ 有      )									
	眼、耳 の症状	視力		右		左		矯正視力		右		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	
発達に関する 相談状況	病院名							主治医				診断名													
								主治医						(      年      月 )											
	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 ・ 難聴 ・ 言語障害      3 特別支援学級 ・ 知的障害 ・ 自閉症・情緒障害 ・ 難聴 ・ 言語障害      4 特別支援学校 ・ 知的障害教育      ・ 聴覚障害教育（聾学校） ・ 肢体不自由教育      ・ 視覚障害教育（盲学校） ・ 病弱教育																								