就学支援ファイル

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>性　別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>お子さんの氏名</td><td></td><td></td><td>年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">お子さんとの続　柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>保護者の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>お子さんの住　　所</td><td colspan="3">〒
東京都墨田区</td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td colspan="3">電　話　　（　　）
氏　名　　（　続　柄　　）
平日の日中連絡可能な時間帯（　　時から　　時）</td></tr>
</table>

※御希望の時間帯以外に電話をかける場合があります。御了承ください。

様式１

就学相談票

１　現在の教育等

現在通っている保育園・幼稚園、療育・相談機関等		
	名　　称	利　用　期　間
保育園・幼稚園	（区立・私立）　　（幼稚園・保育園）	年　　月～
療育・相談機関	にじの子・みつばち園・【集団・個別（ＯＴ・ＳＴ・ＰＴ・心理）】	年　　月～
	その他（　　）	年　　月～
学　　校	立　　学校　　第　　学年在学	
そ　の　他		

２　就学を希望する学校（就学相談開始時点の希望校）

就　学　を　希　望　す　る　学　校		
区市町村立学校	墨田区立　　小学校	通常の学級・特別支援学級（知的固定）
	墨田区立　　小学校	通常の学級・特別支援学級（知的固定）
	特別支援教室　の利用を希望する	墨田区立　　小学校
	（　言語・難聴・弱視　）の 通級による指導の利用を希望する	
都・国・私立 特別支援学校	立　　学校	視覚・聴覚・肢・知・病・訪
	立　　学校	視覚・聴覚・肢・知・病・訪

３　手帳の有無

手　　帳	愛の手帳（　　度） 年　　月　　日交付	な　し 申請中	身体障害者手帳（　　種　　級） 年　　月　　日交付	な　し 申請中

４　就学相談資料等の学校送付の意思確認

就学相談で作成した
① 就学相談票　② 面接票　③ 医師診察記録　④ 就学相談資料　⑤ 実態把握票
⑥ 実施した諸検査の結果　⑦ 副籍関係資料（該当者のみ）
⑧ 医療的ケア児の保護者付き添い期間の短縮化事業就学相談時説明シート（該当者のみ）
を就学する学校と通級する学校に送付することに

同意します　　・　　同意しません

＜（①・②・③・④・⑤・⑥・⑦・⑧）の資料だけを送付して下さい。＞

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（こちらの面は、保護者の方が記入してください）

面　接　票

様式２

児童・生徒氏名：　　記入者：

記入日：　令和　　年　　月　　日

現在の様子 ☆家庭や園・学校で ・困っていること ・気になること	

現在の健康状態や成長・発達のようすなど				
現在の身長・体重	身長　　cm		体重　　Ｋｇ	
出生時のようす	出生時身長　　cm		出生時体重　　g	
	【特記事項】			
発育のようす	①首のすわり	歳　ヵ月	②寝　返　り	歳　ヵ月
	③おすわり	歳　ヵ月	④はいはい	歳　ヵ月
	⑤つかまり立ち	歳　ヵ月	⑥歩き始め	歳　ヵ月
	⑦発　　語	歳　ヵ月	⑧人見知り	歳　ヵ月・無し
	【特記事項】＊１歳半健診・３歳児健診で何か言われたことが（ ある ・ ない ） 【療育に通うきっかけ】			
育児の上で 気になったこと	□　視線が合わなかった　□　人見知りをしなかった □　動作の模倣が少なかった　□　指さし（共同注視）をしなかった □　抱かれることを嫌がった（抱きにくかった） □　母親の後追いをしなかった　□　昼寝をしない、眠りが浅い、夜泣き □　育てやすくおとなしかった　□　とても手がかかった □　その他（　　）			

診断名（病名等）	（診断を受けた病院等：　　）		
医療について	医療機関名 （定期的に通院している機関）	①	（　　科）
		②	（　　科）
		③	（　　科）
	医療的ケア （あり・なし）	内容	吸引　・　経管栄養　・　胃ろう　・　腸ろう　・　導尿 その他（　　）
	発作 （あり・なし）	服薬	①薬剤名：　　（朝・昼・夕・晩）
			②薬剤名：　　（朝・昼・夕・晩）
	アレルギー （あり・なし）		③薬剤名：　　（朝・昼・夕・晩）
			④薬剤名：　　（朝・昼・夕・晩）
	【学校生活を送る上での配慮事項】＊発作の症状・アレルギー食品など		

諸検査の記録	これまでに実施した発達検査・知能検査	実施機関	実施時期
	新版Ｋ式発達検査（あり（DQ：　　）・なし）		年　月
	田中ビネーＶ　（あり（IQ：　　）・なし）		年　月
	WISC-Ⅳ・WISC-Ⅴ（あり（FSIQ：　　）・なし）		年　月
			年　月

小（　　）　　児童名

(墨田)様式２－１

Ⅰ身辺自立	**※以下の項目は（　　）の該当する箇所に〇を付けてください。** －衣服 ［ 1.着脱（自立・一部介助・介助）　2.ボタン（自立・介助）　3.靴（自立・介助）］ －食事 ［ 1.スプーン・フォーク（自立・練習中・介助）　2.箸（自立・練習中・介助） 3. 偏食（あり・なし）］ －排泄 ［ 1.小便（自立・一部介助・介助）　2.大便（自立・一部介助・介助）　3. 全介助 4.オムツの着用（日中・夜のみ・大便時）］
Ⅱ行動面について	**※以下の項目は［はい・いいえ］に〇を付けてください。** ［はい・ いいえ］ 落ち着きなく行動することがある(じっとしていられない、不注意等)。 "はい"の場合、具体的に〔　　〕 ［はい・ いいえ］ 安全に気をつけながら道路を歩くことができる。 ［はい・ いいえ］ 信号など簡単な交通ルールが理解できる。 ［はい・ いいえ］ こだわりがある。 "はい"の場合、該当するものに〇をして下さい。 ［ １.感覚過敏(音・におい)　２.順序や位置(物・事) ３.新規場面の苦手さ(場所・人・事)　４.その他〔　　〕］ ［はい・ いいえ］ 手先や運動面での不器用さがある。 "はい"の場合、具体的に〔　　〕
Ⅲ言語発達・コミュニケーション	［はい・ いいえ］ 自分の気持ちや意思を周囲に伝えることができる。 "はい"の場合、該当するものに〇をして下さい。 ［ 1.言葉で伝える　2.表情やジェスチャーで伝える　3.泣いて訴える 4.その他〔　　〕］ ［はい・ いいえ］ 要求が通らないと、かんしゃくを起こすことがある。 ”はい”の場合、家や在籍園で気持ちの切り替え等で工夫していることを具体的に。 〔　　〕 ［はい・ いいえ］ 言葉を話すことができる。 "いいえ"の場合、「Ⅳ学習面」の質問へ移動して下さい。 "はい"の場合、該当するものに〇をして下さい。 ［　文章で話す・二語文で話す・単語で話す　］ ［はい・ いいえ］ 発音で聞き取りにくいところがある。 "はい"の場合、具体的に〔　　〕 ［はい・ いいえ］ 日常的な言葉での指示が理解できる。 ［はい・ いいえ］ 見たり聞いたりしたことを自分から話す。 言葉のやり取りについて該当する箇所に〇をしてください。 ［1.かみ合う　2.かみ合わない　3.一方的に話す　4.応じない］

Ⅳ学習面	［はい・いいえ］ 文字・数への関心がある。 ［はい・いいえ］ ひらがなや数字のひろい読みができる。 ［はい・いいえ］ 自分の名前が書ける。 ［はい・いいえ］ 簡単な形（〇や△）が書ける。
Ⅴ遊び	［はい・いいえ］ ままごとなどのごっこ遊びができる。 ［はい・いいえ］ “鬼ごっこ”や“だるまさんが転んだ”等のルールを理解して遊ぶことができる。 好きな遊びについて該当する箇所に〇をして下さい。 ［ 1.鬼ごっこやかくれんぼ　2.お人形やままごと　3.ゲーム　4 .ボール遊び 5.その他〔　　〕］ ［はい・いいえ］ 他の子と一緒に遊ぶことが多い。
Ⅵ在籍園での様子	［はい・いいえ］ 先生から全体への指示を理解し、正しく行動できる。 "いいえ"の場合、具体的に〔　　〕 ［はい・いいえ］ 周りを見て行動できる。 ［はい・いいえ］ 静かに座って話を聞くことができる。 ［はい・いいえ］ ひとつの活動に落ち着いて取り組むことができる。 ［はい・いいえ］ 集団活動（運動会・お遊戯会等）に参加することができる。 "いいえ"の場合、具体的に〔　　〕 ［はい・いいえ］ 次の活動に移る際、スムーズに切り替えることができる。 "いいえ"の場合、具体的に〔　　〕 友達との関わり方について該当する箇所に〇をしてください。 ［1.自分から関わる　2.誘われれば遊ぶ　3.１人遊びが多い］ 友達とトラブルになる場合、どのようなことが多いですか？ 具体的に〔　　〕
Ⅶその他	［はい・いいえ］ 今後、就学相談以外で知能検査を受ける予定がある。 "はい"の場合、時期と実施機関名〔　　〕 ［はい・いいえ］ 保護者と別室で検査を受けることができる。 就学相談を申し込むきっかけについて記入してください。 ［1.ポスターやホームページを見て　2.保育園・幼稚園に勧められて 3.療育機関等に勧められて　4.その他〔　　〕］

※以下は教育相談室で記入します。

【教育相談室】	面談日	年	月	日	記入者
1　追加記載事項はなし					
2　追加記載事項は別紙のとおり					