

別紙



吉野ヶ里町就学相談会 相談票

記入年月日 (年 月 日)			記入した人 (保護者 担任 その他)			
氏名	性別	生年月日	年 月 日 (歳)	保護者氏名	続柄	
現住所	電話番号	お子さんの所属 (学校、園など)				
①主たる障害、その他の障害 ②診断名 ③相談した医療先、療育期間	① ② ③					
希望するお子さんの就学先			就学について相談したいこと			

健康・身体状況等に関すること

疾患等による医療又は生活規制	有 ・ 無	※有の場合 具体的内容			
標準検査	検査名 (時期)	(年 月)	検査機関	検査結果	
	検査名 (時期)	(年 月)	検査機関	検査結果	
身体障害者手帳	有 ・ 無	等級	第 種 級	障害種別	
療育手帳	有 ・ 無	障害の程度 (表示区分)		A	・ B

教育上必要な支援に関すること

移動	介助が必要	ひとりできる	排泄	介助が必要	ひとりできる
食事	介助が必要	ひとりできる	衣服の着脱	介助が必要	ひとりできる
指示理解	一斉指導での指示が理解できる ・ 理解が難しい				
集団参加	集団での行動ができる ・ 難しい				
対人関係	人と接することが得意である ・ 苦手である				
意思伝達等	自分の意思を伝えることができる ・ 難しい				
読む・書く	文字の読み書きができる ・ できない				
数・計算	かずをかぞえること(計算)ができる ・ できない				
推論	予測を立てて行動ができる ・ できない				
運動 等	運動をすることが好き ・ きらい				

相談票について

お子様の状態、様子についてご記入ください。

この相談票は、申し込み書と一緒に提出してください。

記入して頂いた内容は、就学相談以外の目的には使用しません。