

(保護者記入用)

太枠内全てご記入下さい

(ふりがな) 児童・生徒氏名		() 性別		幼稚園・保育園・施設・学校名 幼稚園・保育園 小学校・中学校																							
生 年 月 日		平成・令和 年 月 日生		未就学児 記入		組				担任： 先生																	
住 所		〒 ー 新座市		小・中 のみ 記入		現在の在籍学級				通常・知的・自閉情緒																	
保護者氏名(連絡窓口)		続柄				通常の 学級		年 組		担任： 先生																	
ご連絡先(日中)		ー ー				特別支援 学級		年 組		担任： 先生																	
家族構成		氏 名		続柄		氏 名		続柄		氏 名		続柄															
所有手帳		(障がい福祉サービス受給者証) ※療育に通うために取得したもの (平成・令和 年 月 日交付)										申請中・無															
		(療育手帳) (A)・A・B・C (平成・令和 年 月 日交付) (最重度) (重度) (中度) (軽度)										申請中・無															
		(身体障がい者手帳) 種 級 (平成・令和 年 月 日交付)										申請中・無															
		(精神障がい者保健福祉手帳) 級 (平成・令和 年 月 日交付)										申請中・無															
身体状況		体質・病気		良好・()				既往症 ()																			
		視 覚		良好・()				聴 覚		良好・()																	
		言 語		良好・()				肢 体		良好・()																	
検査結果の 結果		検査結果の有無 いづれかに○を付け詳細をご記入下さい		有 →		検 査 名		検査年月日		結果 (IQ数値など)				*検査結果について* ・幼児期・学童期の成長は著しいため3年以内の検査結果を参考とさせていただきます。 ・検査結果をお持ちの場合は必ずご提出下さい。 ・教育相談センターへはコピーをご提出下さい。													
				WISC・田中ビネー		令和 年 月 日		FSIQ- VCI- PRI- WMI- PSI-																			
				その他 ()		月 日																					
未受診の場合		無 →		※検査結果が無い方へ 審議の資料にするため、検査結果が必要となります。9月末までに検査結果が提出できるように早めに医療機関へのご予約をお願いします。		予約検査医療機関名		受検予約日		検査結果提出予定日		今後予約															
										頃		□															
就学先について		診 断 名		□未受診				今回就学相談票を提出した経緯について (複数回答可)																			
		病院名・医師名						1 現在の在籍を変更をしたい		4 園・施設・学校にすすめられた																	
		医師からの就学に関するアドバイス						2 子どもの最適な学びにつなげたい		5 子どもの特性について学校に知っておいでほしい																	
就学先について		※この欄は必ずご記入下さい (出生時から現在までの心配なことなども含めご記入下さい)		□ 本人の希望あり □ 本人は希望なし □ 本人は不明または確認していない		提出時点でのご意向 (一番近いものに○をお願いします)																					
						全ての方が記入(必須)		1 特別支援学校を検討																			
								2 特別支援学級(知的・自閉情緒・その他)を検討																			
就学先について		就学先について		就学先について		3 特別支援学級 → 通常の学級へ在籍変更を検討																					
						D1 通級指導教室(難聴言語) [新規・継続]																					
						D2 通級指導教室(発達情緒) [新規・継続]																					
* 就学相談資料等の取り扱い及び審議の進め方について (確認) *														* ご署名をお願いします。													
(1) 相談で作成した相談票及び資料・諸検査の結果等の写しについて、就学先の学校及び関係機関に提出することを承諾します。														左記(1)及び(2)を確認しました。 令和 年 月 日													
(2) 発達検査等の提出書類が9月末までに揃わない場合は、それまでに提出いただいた書類及び園や学校での様子等で意見をまとめることを承諾します。 ※D2通級指導教室(発達情緒)の相談は発達検査を受けてからお申し込み下さい。														保護者氏名													

事務局使用欄 指定校：()小学校・()中学校・()特別支援学校

指定校確認 □ 受付担当 → □ 担当指導主事 → □ 学務課担当 → □ 確認・訂正 → □ 相談センター室長

就学相談票及び記入例について

1 保護者記入用紙（様式1-1）

【様式1-1】（未就学児・児童・生徒）

令和 年 月 日

特別支援教育に関わる就学相談票 (秘) (保護者記入用)

本枠内全てご記入下さい

(ふりがな) 児童・生徒氏名	()	性別	幼稚園・保育園・施設・学校名	幼稚園・保育園 小学校・中学校
生年月日	平成・令和 年 月 日	日生	米就学児記入	組 担任: 先生
住 所	〒 新座市	現在の在籍学級	通常・知的・自閉情緒	担任: 先生
保護者氏名(送附者)	続柄	連絡の取りやすい電話番号のご記入をお願いします。	担任: 先生	担任: 先生
ご連絡先(日中)	氏 名	続柄	氏 名	続柄
家族構成	氏 名	続柄	氏 名	続柄
所有手帳	(障がい福祉サービス受給者証) ※療育に通うために取得したもの (平成・令和 年 月 日交付) 申請中・無	(療育手帳) (A)・(B)・(C) (平成・令和 年 月 日交付) 申請中・無	(身体障がい者手帳) 種 級 (平成・令和 年 月 日交付) 申請中・無	(精神障がい者保健福祉手帳) 種 級 (平成・令和 年 月 日交付) 申請中・無
身体状況	体質・病気 良好・()	既往症 ()	視 覚 良好・(例: 右 0.2 (メガネあり))	聴 覚 良好・()
	言 語 良好・()	肢 体 良好・(例: ...のため、左手不自由)		
検査結果の有無	検査名	検査年月日	結果 (IQ数値など)	
有 →	WISC・田中ビネー	令和 年 月 日	FSIQ- VCI- PRI- WMI- PSI-	
無 →	その他 ()	予約検査医療機関名	受検予約日	検査結果提出予定日
		例 △△△△病院	R6.5.30	R6.7.30 頃
未受診の場合	診 断 名	例: 自閉スペクトラム症	□未受診	今回就学相談票を提出した経緯について (複数回答可)
	病院名・医師名	例: 少人数での学習環境が望ましい		
	医師からの就学に関するアドバイス	例: 通級を受けるとよい		
		例: 集団生活に適應できる など		
就学先についてのご意向	※この欄は必ずご記入下さい (出生時から現在までの心配なことなども含めご記入下さい)			
	提出時点での意向 (一番近いものに○をお願いします)			
	1 特別支援学校を検討			
	2 特別支援学級 (知的・自閉情緒・その他) を検討			
	3 特別支援学級 → 通常の学級へ在籍変更を検討			
	D1 通級指導教室 (難聴言語) (新規・継続)			
	D2 通級指導教室 (発達情緒) (新規・継続)			
* 就学先についてのご意向	就学先についての現時点での意向を○で囲んでください。			
	令和 年 月 日			
	保護者氏名			
(1) 相談で作成した相談票及び資料・諸検査の結果等の写しについて、就学先の学校及び関係機関に提出することを承諾します。 (2) 発達検査等の提出書類が9月末までに揃わない場合は、それまでに提出いただいた書類及び園や学校での様子等で意見をまとめることを承諾します。 ※D2通級指導教室(発達情緒)の相談は発達検査を受けてからお申し込み下さい。				

取り扱いに十分に留意し、円滑な入学準備に向けて活用いただきます。日付・ご署名をお願いいたします。