

No. _____

こちらで記入いたします。

相 談 日：令和 年 月 日

相 談 者：父・母・その他（ ）

担 当 者：主事・その他（ ）

こちらで記入いたします。

教育相談資料

教育相談を受ける際に、記入してご持参願います。

宮城教育大学附属特別支援学校

住所、氏名、生年月日その他の個人情報は入学者選考、入学手続きを行うために使用します。取得した個人情報は適切に管理し、利用目的以外には使用しません。

幼児児童生徒本人について

ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)	
生 年 月 日	平成 ・ 令和	年 月 日生
住 所	〒 ー (アパート名等)	
連 絡 先	(自宅等) ー ー (日中連絡がとれる番号) ー ー	
学校園名・学年		年 ・ 年長
障害区分 (知的障害 視覚障害 聴覚障害 肢体不自由 病弱・身体虚弱)	・ 知的障害 <u>知的障害があることを証明するものに○を付けてください。</u> 療育手帳・診断書・その他 () ・ 併せ有する障害 () <u>上記障害があることを証明するものに○を付けてください。</u> 療育手帳・診断書・その他 ()	

教育相談時に、療育手帳や診断書など、知的障害があることを証明できるものの原本かコピーをご持参ください。

家族について

[illegible]

1 生育歴について

当てはまるところに○印を付け、具体的な機関名等を記入してください。

□小学校入学前

- ・通園施設名（ ） 期間： ____ 歳 ～ ____ 歳 (____ 年間)
登園日（ 毎日 ・ 週 ____ 回 ）
- ・保育所、幼稚園名（ ） 期間： ____ 歳 ～ ____ 歳 (____ 年間)
登園日（ 毎日 ・ 週 ____ 回 ） ・ 統合保育： （ 有 ・ 無 ）
- ・特記事項

□小学校

- ・学校名（ ）
（学級種別： 小学部 通常学級 知的障害学級 その他 < > ）
（通級の有無： ）
- ・特記事項

□中学校

- ・学校名（ ）
（学級種別： 中学部 通常学級 知的障害学級 その他 < > ）
（通級の有無： ）
- ・特記事項

2 手帳等の有無

当てはまるところに○印を付け、取得年月日を記入してください。

- ・療育手帳 有（ A ・ B ） < H・R ____ 年 ____ 月取得（判定） >
無（取得予定： 有 ・ 無 ）
- ・身体障害者手帳 有（ 種 級 ） < H・R ____ 年 ____ 月取得（判定） >
無（取得予定： 有 ・ 無 ）
- ・ふれあい乗車証 有 ・ 無（取得予定： 有 ・ 無 ）

3 知的障害以外の障害・診断名について（自閉症、ADHD等）

当てはまるところに○印を付け、具体的な機関名等を記入してください。

・障害・診断名
・医療機関等での診断（有・無）(いつ: 機関名:)
・処方薬

・障害・診断名
・医療機関等での診断（有・無）(いつ: 機関名:)
・処方薬

4 疾患について

当てはまるところに○印を付け、具体的な機関名や処方薬名等を記入してください。

疾患名等	医療機関名	現在の状況	通院回数 (週・月・年に何回)	入院・手術 の予定
		治療中・経過観察・完治		有 ・ 無
服薬 有 ・ 無	処方薬:			

疾患名等	医療機関名	現在の状況	通院回数 (週・月・年に何回)	入院・手術 の予定
		治療中・経過観察・完治		有 ・ 無
服薬 有 ・ 無	処方薬:			

疾患名等	医療機関名	現在の状況	通院回数 (週・月・年に何回)	入院・手術 の予定
		治療中・経過観察・完治		有 ・ 無
服薬 有 ・ 無	処方薬:			

5 てんかんについて

てんかんの有無	有 ・ 無
診断名 (疑いも含む)	(医療機関:)
発作の頻度	() 回 / () 日 ・ 月 ・ 年 発病年齢: () 歳 最終発作: () 年 () 月 ・ () 歳
通院状況 ※通院中の方のみ記入	() 回 / () 日 ・ 月 ・ 年
処方薬	座薬の処方 (有 ・ 無)
発作の様子について 当てはまるところに☑を 記入してください。	☐ 突然倒れて意識を失い、手足をけいれんさせる。 ☐ 短い時間意識を失うが、数秒から 30 秒くらいで元に戻る。 ☐ 突然意識を失って、口をペチャクチャさせたり、動き回ったりするが数分以内に戻る。 ☐ 手足を短い時間ピクピクさせる。
その他 (特筆事項・誘因等)	

※てんかんについて配慮・管理を要するご家庭には、後日、さらに詳しい聞き取りをさせていただく場合があります。

6 アレルギー疾患について

アレルギー疾患についてお聞きます。 アレルギー疾患が（ 有 ・ 無 ）

「有」に○を付けた方は、以下の項目について詳しく教えてください。また、医師の指導内容等、具体的な対応について教えてください。

疾患名	気管支喘息 ・ 食物アレルギー ・ アナフィラキシー アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 その他（ ）
原因となるもの	ダニ ・ ハウスダスト ・ カビ ・ 花粉 ・ ハチ ラテックス（天然ゴム） ・ 金属 動物（ ） 食物 卵 ・ 小麦 ・ 甲殻類 ・ 魚卵 ・ 牛乳 ・ 果物 ピーナッツ ・ ソバ ・ 他（ ） その他（ ）
症状	湿疹 ・ かゆみ ・ 唇や目の腫れ ・ 咳 呼吸が苦しくなる ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 その他（ ）
医師の指導内容	原因となるものを除去 ・ 緊急時は救急搬送 その他（ ）
アレルギーに関して 現在通学している園 ・ 学校で行っている 配慮事項	給 食： 体育（運動）： 屋 外 活 動： プ ー ル： 宿 泊 学 習： そ の 他：
服薬状況	薬名（ ） エピペン所有 ： 有 ・ 無
通院状況 ※通院中の方のみ記入	かかりつけの医療機関名 通院の程度：（ ）回／（ ）日 ・ 月 ・ 年

※アレルギー疾患について配慮・管理を要するご家庭には、後日、さらに詳しい聞き取りをさせていただきます。

7 お子さんの様子など

■園や学校での様子(友達との関わり方など)

※ご家庭から、現在通学している園・学校に依頼している配慮事項等があれば、ご記入ください。

教 室：

給 食：

体育（運動）：

屋 外 活 動：

プ ー ル：

宿 泊 学 習：

そ の 他：

■家庭での様子(家族との関わり、家庭での過ごし方など)

■就学（進路）に当たってのご家庭の方針

■本校までの通学経路、交通機関(所要時間等含めて)

■本校以外の受検について（見学した学校、見学予定の学校も含む）

ご協力ありがとうございました。