

No. _____

こちらで記入いたします。

相 談 日：令和 年 月 日

相談者氏名：_____

担 当 者：_____

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

児童生徒本人について

ふりがな 氏名	(男・女)	
生年月日	平成	年 月 日生
住所	〒 — (アパート名等)	
連絡先	(自宅等) — — (日中連絡がとれる番号) — —	
学校園名・学年		年 ・ 年長
障害区分	<u>知的障害</u> ・併せ有する障害 ()	

家族について

本人との続柄	ふりがな 氏名	職業・学校(学年)

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。

<p><input type="checkbox"/> 出生時</p> <ul style="list-style-type: none">・母体の健康 異常無・有 () ・分娩 異常無・有・つわり 異常無・有 () (仮死 黄疸 その他:)・胎位 異常無・有 () 体重_____g 週数 _____週出産・特記事項
<p><input type="checkbox"/> 小学校入学前</p> <ul style="list-style-type: none">・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
<p><input type="checkbox"/> 小学校</p> <ul style="list-style-type: none">・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
<p><input type="checkbox"/> 中学校</p> <ul style="list-style-type: none">・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 障害名、診断名等について

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。

<ul style="list-style-type: none">・医療機関等での診断 (有・無) (いつ: 機関名:)・障害名/診断名等
<ul style="list-style-type: none">・処方薬

3 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)

4 疾患について

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	服薬
		治療中・経過観察・完治		無 ・ 有	無 ・ 有
		治療中・経過観察・完治		無 ・ 有	無 ・ 有
		治療中・経過観察・完治		無 ・ 有	無 ・ 有
		治療中・経過観察・完治		無 ・ 有	無 ・ 有
		治療中・経過観察・完治		無 ・ 有	無 ・ 有

5 てんかん、ひきつけについて

てんかん、ひきつけの有無	ある ・ ない
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	坐薬の処方 (ある ・ ない)

※てんかんやひきつけについて配慮・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 ある ・ ない

上記で「ある」に○を付けた方は、下記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 : ある ・ ない
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場合があります。

7 お子さんの様子など

■園や学校での様子(友達とのかかわり方など)

※現在通学している園・学校で行っ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(家族とのかかわり, 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。