

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

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

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"/> 小学校入学前</p> <p>・通園施設名 () 期間：__歳 ~ __歳 (__年間) 登園日 (毎日 ・ 週__回)</p> <p>・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)</p> <p>・特記事項</p>
<p><input type="checkbox"/> 小学校</p> <p>・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：)</p> <p>・特記事項</p>
<p><input type="checkbox"/> 中学校</p> <p>・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：)</p> <p>・特記事項</p>

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。	<input type="checkbox"/> 突然倒れて意識を失い、手足をけいれんさせる。 <input type="checkbox"/> 短い時間意識を失うが、数秒から 30 秒くらいで元に戻る。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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します。 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。