

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

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 | 〒 — (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 (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 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。 療育手帳・診断書・その他 () ・ 併せ有する障害 () 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。 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>□出生時</p> <p>・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> |
| <p>□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) ・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> |
| <p>□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:) ・特記事項</p> |
| <p>□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:) ・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

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

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

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 | 坐薬の処方 (有 ・ 無) |

※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。