

# 就学支援ファイル

		記入日	年 月 日
フリガナ		性別	生年月日
お子さんの氏名			年 月 日生
フリガナ		お子さんとの 続 柄	
保護者の氏名			
お子さんの 住 所	〒		
連 絡 先	電 話 ( ) 氏 名 ( 続 柄 ) 平日の日中連絡可能な時間帯 ( 時から 時 )		

### 【就学相談資料等の学校送付の意思確認】

就学相談で作成した

- ① 就学相談票
- ② 面接票
- ③ 実態把握票
- ④ 医師診察記録
- ⑤ 就学相談資料
- ⑥ 実施した諸検査の結果

を就学する学校に送付することに

同意します ・ 同意しません

< (①・②・③・④・⑤・⑥) の資料だけを送付して下さい。 >

保護者氏名 \_\_\_\_\_

#### 区市町村教育委員会記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	受付番号	
地区名 (区市町村名)		教育委員会名 電話 事務取扱者名	

# 就学相談票

## 1 現在の教育等

現在通っている保育所・幼稚園、療育・相談機関、学校等		
	名 称	利 用 期 間
保育所・幼稚園		年 月～
療育・相談機関		年 月～
		年 月～
学 校	立 学校	学級 第 学年在学
そ の 他		

## 2 就学を希望する学校（就学相談開始時点の希望校）

就 学 を 希 望 す る 学 校		
区 市 町 村 立 学 校	立 学校	通常の学級・特別支援学級（固定）
	立 学校	通常の学級・特別支援学級（固定）
	（ 言語・難聴・情緒・弱視 ）の 通級による指導の利用を希望する	立 学校 学級
	立 学校	肢・知
特 別 支 援 学 校	都立 学校	視覚・聴覚・肢・知・病・訪
	都立 学校	視覚・聴覚・肢・知・病・訪

## 3 手帳の有無

手 帳	愛の手帳（ 度）	なし	身体障害者手帳（ 種 級）	なし
	療育手帳（ ） 年 月 日交付	申請中	年 月 日交付	申請中

## 4 情報提供して欲しい内容について

(1) 就学相談の流れ	[ ]
(2) 教育内容等について	ア 通常の学級に関する事 [ ] イ 特別支援学級に関する事 [ ] ウ 通級による指導に関する事 [ ] エ 特別支援教室に関する事 [ ] オ 都立特別支援学校に関する事 [ ]
(3) その他	[ ]

（こちらの面は、保護者の方に記入してもらいます。）

## 5 区市町村における就学相談の経過

実施日	相談経過	担当者等
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		

## 6 区市町村教育委員会における就学先の検討の経過

就学先	検討した内容・理由等	見学・体験 実施済みは○をつける
通常の学級		
特別支援学級		
特別支援学校		

## 7 区市町村教育委員会における就学相談の結果

立	学校	学級
-----		
都立	特別支援学校・学園（ 盲 ・ろう ・肢 ・知 ・病 ）	

（こちらの面は、区市町村教育委員会が記入します。）

# 面接票

児童・生徒氏名： \_\_\_\_\_

記入者： \_\_\_\_\_

現在の様子	
☆家庭や園・学校で ・困っていること ・気になること	

現在の健康状態や成長・発達の様子など

現在の身長・体重	身長	cm	体重	kg		
出生時のようす	出生時身長		出生時体重			
	cm		g			
発育のようす	【特記事項】					
	①首のすわり	歳	ヵ月	②寝返り	歳	ヵ月
	③おすわり	歳	ヵ月	④はいはい	歳	ヵ月
	⑤つかまり立ち	歳	ヵ月	⑥歩き始め	歳	ヵ月
	⑦発語	歳	ヵ月	⑧人見知り	歳	ヵ月
【特記事項】						
診断名 (病名等)						
診断を受けた病院等						

医療について	医療機関名	①	(		科)	
		②	(		科)	
		③	(		科)	
	発作 <あり・なし>	服	①薬剤名：	(		朝・昼・夕・晩)
			②薬剤名：	(		朝・昼・夕・晩)
			③薬剤名：	(		朝・昼・夕・晩)
			④薬剤名：	(		朝・昼・夕・晩)
	アレルギー <あり・なし>	薬				
	医療的ケア <あり・なし>	内容	吸引 ・ 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ 導尿 その他 ( )			
【学校生活を送る上での配慮事項】						

諸検査の記録	これまでに実施した検査		実施機関	実施時期
	①			年 月
	②			年 月

児童・生徒氏名： \_\_\_\_\_

記入者： \_\_\_\_\_

就学相談についての希望等		
第1に希望する学校等		備考
立	学校	学級
第2に希望する学校等		
立	学校	学級
【就学に関する保護者の意向（希望の理由など）】		
【東京都の相談に引き継いで欲しいこと】		

通学の方法	
( ) 一人で通学する。	徒歩・交通機関利用
( ) 保護者等が送迎する。	徒歩・交通機関利用・自家用車
( ) スクールバスの利用を希望する。 * 申込みは、後日支援学校・支援学級にて行います。	車椅子での乗車希望（有・無）
【通学に伴う課題や要望など】	

児童・生徒氏名： \_\_\_\_\_

記入者： \_\_\_\_\_

## 就学する学校に対する希望

学校教育に対する期待	

就学後も継続して利用したいサービス		
	名 称	利 用 頻 度
福 祉 機 関		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
医 療 機 関		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
療 育 機 関		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
その他のサービス		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回
		月・週に 回

### 期待する地域との関わり

--