

教育相談票 A 様式① 基本情報

記入例

記入年月日	令和 5年11月20日	記入者	船岡 さくら		
	令和 年 月 日	記入者			
	令和 年 月 日	記入者			
	令和 年 月 日	記入者			
ふりがな氏名	ふなおか はなこ 船岡 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	平成20年 5月 1日
現住所	〒( 989-1605 ) 柴田郡柴田町船岡南〇丁目〇番〇号 船岡アパート〇号室 Tel ( 0224 - 54 - 2213 )				
手帳等の有無	身体障害者手帳 ( 2 ) 級 ( 1 ) 種 申請中 なし	療育手帳 ( A <input checked="" type="radio"/> B ) 申請中 なし	その他		
保護者氏名及び家族構成	氏名	年齢	続柄	同居・別居	職業・勤務先 (Tel) 学校名・学年
	船岡 太郎	〇〇	父	同居	会社員 船岡電気(株) 仙台支店 Tel〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	船岡 さくら	〇〇	母	同居	パート 船岡スーパー Tel〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	船岡 もみじ	〇〇	姉	別居	会社員 船岡パン(株) Tel〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	船岡 次郎	〇〇	弟	同居	船岡南中学校 2年
	船岡 梅子	〇〇	祖母	同居	無職
※ 家庭状況等で伝えておきたいこと 祖母に持病があり、定期通院の介助は家族が行っています。					
緊急連絡先	①【母携帯】 Tel〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	通学・寄宿舎の送迎について			
	②【父携帯】 Tel〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	通学生	・自力通学 ・主に ( ) が送迎		
	③【自宅】 Tel〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	寄宿舎生	・主に ( 母 ) が送迎		
自宅近辺の地図	* 自宅近辺の目標物となるところから略図をご記入ください。 * 地図を添付していただいても結構です。				

教育相談票 A 様式② 生育歴、医療の状況

氏名

船岡 花子

既往歴（治療の経過や手術・入院等）		リハビリ・病院（期間）
0歳	・首の座りが遅く、〇〇病院で脳性まひと診断された。(H19.3.5.)	病院で摂食外来
1歳	・〇〇病院の心エコーにて、心室中隔欠損と診断	
2歳		リハビリテーションを開始 (PT、OT)
3歳		
4歳	・4歳6か月、けいれん発作を起こし、てんかんの診断を受ける。	
5歳		
6歳	・平成26年〇月左足手術。〇月退院。(〇〇Dr.)入院(6か月)	
小1		
小2	・風疹に罹患。	
小3		訪問リハ開始
小4		
小5	・アレルギー性結膜炎と診断。	点眼治療開始。
小6		
中1	・インフルエンザA型に罹患。	
中2		
中3		

その他の特記事項

(出生時の様子、発病の時期や状態等もご記入ください。)

- ・生後間もなく、けいれんを起こし、こども病院に2週間入院。
- ・3か月後、眼振と体の突っ張りを繰り返すようになり、その後、「てんかん」と診断される。
- ・生後8か月の時、首の座り、お座り等が遅く、仙台赤十字病院を受診。
- ・拓桃医療療育センターで、「精神運動発達遅滞」と診断され、リハビリを開始し、現在も継続中。
- ・整形外科でボトックス注射をこれまでに5回している。
- ・〇〇年にぜん息を起こしたが、現在は症状なし。

教育相談票 A 様式③ 医療の状況

氏名

船岡 花子

診断名	脳性麻痺、心室中隔欠損症、てんかん、アレルギー性結膜炎				
治療やリハビリに関する事項					
医療機関名	〇〇病院	〇〇病院	〇△病院	□△眼科	
主治医	〇〇医師	□□医師	△△医師	□△医師	
診療科	整形外科	リハビリ	小児科	眼科	
受診の頻度	1回/3~4か月	1回/3~4か月	1回/2か月	症状がある時	
服薬に関する事項 ※薬についての説明書を添付でも可					
薬剤名	テグレートル フェノバル	ラキソベロン	ザジデン点眼薬	ダイアップ	
薬の働き	抗てんかん薬	下剤	抗アレルギー薬	抗けいれん剤	
服用回数	朝・昼・夜 その他( )	朝・昼・夜 その他( )	朝・昼・夜 その他( )	朝・昼・夜 その他( )	朝・昼・夜 その他( )
いつから	平成〇年〇月~	平成〇年〇月~	平成〇年〇月~	平成〇年〇月~	年 月~
医療機関名	〇△病院	〇△病院	□△眼科	〇△病院	
アレルギー (有・無)	診断名	ラテックスアレルギー			
	アレルゲン	天然ゴム			
	対応	アレルゲンを避ける			
	学校での配慮の有無 (有・無)	輪ゴム、ゴム手袋、ゴムボール、ゴム風船等のゴムを素材としたものを使用しないでください。			
てんかん発作 (有・無)	頻度				
	発作の様子				
	対応	発作後、5分経過しても治まらない時は、坐薬を使用する。			
	学校での配慮の有無 (有・無)	坐薬(ダイアップ)の管理			
(女子)月経	初経未	初経有( 12 歳)	規則的・不規則		
学校で行う医療的ケア ・必要なケアに☑	□吸引	□酸素吸入	□噴霧吸入	□経管栄養	□導尿
	□気管切開ケア	□人工呼吸器	□発作対応	□その他( )	
自己で行う医療行為 ・必要なケアに☑	□導尿	□洗腸	□吸入(酸素吸入・噴霧吸入)	□注射	
	□その他( )				
健康上の特記事項					
※医師の指示事項、緊急時の対応等をご記入ください。 てんかんの大発作の場合、すぐにダイアップ10mgを使用。 発作がおさまらない時は、〇〇病院に緊急搬送する。					

※ 予防接種の確認のため、母子健康手帳(予防接種の記録)のコピーを添付してください。

## 教育相談票 A 様式④ 身体・生活の状況

氏名

船岡 花子

上肢 右・左・両	緊張がある ※ 使用している装具		
下肢 右・左・両	※ 使用している装具 短下肢装具		
姿勢	よりかかりの座位 <u>よりかかりなしの座位</u> つかまり立ち ひとり立ち		
発音・発語	発音が不明瞭で聞き取りにくい		
視覚	近視のため眼鏡を使用		
聴覚	異常なし		
呼吸	異常なし		
項目	内容	支援について	介助方法・補助具の使用・その他
食 事	食物の形状	<u>1人で可</u> 要支援	<u>普通食</u> 刻み食 軟菜食 ペースト食 特別食 (はさみ) (トロトロ) (経管栄養等)
	水分の飲み方	<u>1人で可</u> 要支援	通常 ・ コップ ・ ストロー ・ 経管
	道具	<u>はし</u> スプーン フォーク 補助具 ( )	
	姿勢	<u>椅子</u> 車椅子 その他 ( )	
	むせや誤嚥	経験有 <u>無</u>	
	食事時間	( ) 分程度	
	食事の量	<u>ほぼ完食</u> 半分位 4分の1位 その他 ( )	
	食物アレルギー	<u>有</u> ( ) 無	
	食物摂取制限	有 ( ) <u>無</u>	
	※ 食事中の状況や支援が必要なこと・主治医の意見等 <u>特になし</u>		
排せつ	尿意・便意の有無	<u>有</u> 無 不明	おむつの使用 有 <u>無</u>
	排せつの知らせ方		
	排尿回数	7回/日	排便回数 1回/日
	洋式トイレの使用	<u>可</u> 要支援	【特記事項】
	(男子)小便器の使用	可 要支援	
	(女子)生理の処理	可 <u>要支援</u>	
	用便後の拭き取り	<u>可</u> 要支援	
	ズボン等の上げ下ろし	可 <u>要支援</u>	
手洗い	<u>可</u> 要支援		
移 動	平地歩行	<u>可</u> 要支援	※クラッチ… 要 不要
	階段歩行	可 <u>要支援</u>	【特記事項】
	車椅子移動	<u>可</u> 要支援	
	車椅子移乗	<u>可</u> 要支援	
衣服の 着 脱	上着・下着・ズボン・スカート	<u>可</u> 要支援	・まひがあり、手伝いが必要な場合もあり。
	ボタンかけ	可 <u>要支援</u>	
	ファスナー上げ下ろし	可 <u>要支援</u>	
	靴下・靴履き	<u>可</u> 要支援	
	靴ひも結び	可 <u>要支援</u>	
入 浴	洗面・顔ふき	<u>可</u> 要支援	
	浴槽の出入り	<u>可</u> 要支援	
	洗体	<u>可</u> 要支援	
	洗髪	可 <u>要支援</u>	
	タオル絞り	可 <u>要支援</u>	
睡 眠	就寝時間	<u>規則</u> 不規則	・ 23:00~7:00
そ の 他	爪切り	可 <u>要支援</u>	
	歯磨き・うがい	<u>可</u> 要支援	
	(男子)ひげそり	可 要支援	

## 教育相談票 A 様式⑤ 教育・福祉の状況、様子

氏名

船岡 花子

保育所・幼稚園等	〇〇こども園			平成23年 4月から 平成27年 3月まで
小学校	船岡町立〇〇小学校	肢体不自由・知的障害 通常・その他( )		平成27年 4月から 令和3年 3月まで
中学校	船岡町立〇〇中学校	肢体不自由・知的障害 通常・その他( )		令和3年 4月から 令和6年 3月まで
発達検査	年・月・日	検査機関名	検査名	結果
	平成〇. 〇. 〇	中央児童相談所	WISK-IV	・全検査:〇〇・言語理解〇〇 ・知覚推理〇〇・処理速度〇〇 ・ワーキングメモリー〇〇
地域との関わり				
市区町村の福祉担当	( 柴田町健康推進 ) 課		担当者名: 〇〇さん 担当保健師: 〇△さん	
相談支援事業所	<input type="checkbox"/> 利用なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり (事業所名: 相談支援事業所〇〇 )			
福祉サービス利用	利用内容: 放課後等デイサービス 事業所名: 放課後等デイサービス〇〇			
	利用内容: 短期入所 事業所名: 〇〇病院〇〇館			
	利用内容: 事業所名:			
児童生徒の様子				
性格	<ul style="list-style-type: none"> <li>・明るく、いつもにこやかに過ごしている。</li> <li>・何事も真面目に取り組む。</li> </ul>			
好きなこと 興味・関心	<ul style="list-style-type: none"> <li>・音楽鑑賞</li> <li>・アイドルに興味がある。</li> </ul>			
苦手なこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めての場所や初めて行う活動では、緊張してしまう。</li> </ul>			
コミュニケーション 対人関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話しかけられた内容は理解できるが、話をする時に時間が掛かる。</li> <li>・友達とは仲良くすることができる。</li> </ul>			
配慮すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めて行うことに抵抗を示すので、事前に知らせてほしい。</li> <li>・短下肢装具を使用し、装具用の靴を履いているが、内反足になっているため、歩く速さがゆっくりである。また、転倒の心配があるので、近くで見守ってほしい。</li> <li>・くも膜下出血の後遺症のため、片まひがある。左半身は、暑い、寒いを感じにくいので、衣服の調整が難しい。</li> <li>・左目の視力が低下しているため、右目だけを使って視覚からの情報を得ている。教室の座席は、黒板に向かって、左側になるようにしていただきたい。</li> </ul>			