

教育相談票 A 様式① 基本情報

記入年月日	令和 年 月 日	記入者			
	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		性別 男・女	生年月日	平成 年 月 日	
現住所	〒 () Tel ()				
手帳等の有無	身体障害者手帳 () 級 () 種 申請中 なし	療育手帳 (A 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
※ 家庭状況等で伝えておきたいこと					
緊急連絡先	① 【 】 Tel	通学・寄宿舎の送迎について			
	② 【 】 Tel	通学生	・自力通学 ・主に () が送迎		
	③ 【 】 Tel	寄宿舎生	・主に () 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

既往歴 (治療の経過や手術・入院等)		リハビリ・病院 (期間)
0歳		
1歳		
2歳		
3歳		
4歳		
5歳		
6歳		
小1		
小2		
小3		
小4		
小5		
小6		
中1		
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。)

教育相談票 A 様式③ 医療の状況

氏名

診断名					
治療やリハビリに関する事項					
医療機関名					
主治医					
診療科					
受診の頻度					
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					
薬の働き					
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	年 月～	年 月～	年 月～	年 月～	年 月～
医療機関名					
アレルギー (有・無)	診断名				
	アレルゲン				
	対応				
	学校での 配慮の有無 (有・無)				
てんかん発作 (有・無)	頻度				
	発作の様子				
	対応				
	学校での 配慮の有無 (有・無)				
(女子)月経	初経未	初経有()	歳	規則的	不規則
学校で行う 医療的ケア ・必要なケアに☑	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 酸素吸入	<input type="checkbox"/> 噴霧吸入	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 導尿
	<input type="checkbox"/> 気管切開ケア	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 発作対応	<input type="checkbox"/> その他()	
自己で行う 医療行為 ・必要なケアに☑	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 洗腸	<input type="checkbox"/> 吸入(酸素吸入・噴霧吸入)	<input type="checkbox"/> 注射	
	<input type="checkbox"/> 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。					

※ 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⑤ 教育・福祉の状況、様子

氏名

保育所・幼稚園等				年 月から 年 月まで
小学校	肢体不自由・知的障害 通常・その他()			年 月から 年 月まで
中学校	肢体不自由・知的障害 通常・その他()			年 月から 年 月まで
発達検査	年・月・日	検査機関名	検査名	結果
	.			
	.			
地域との関わり				
市区町村の福祉担当	()課 担当者名： 担当保健師：			
相談支援事業所	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり (事業所名)			
福祉サービス利用	利用内容：		事業所名：	
	利用内容：		事業所名：	
	利用内容：		事業所名：	
児童生徒の様子				
性格				
好きなこと 興味・関心				
苦手なこと				
コミュニケーション 対人関係				
配慮すること				