

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 令和 年 月 日
現住所	〒(- -) TEL(- - -)				
手帳等の有無	身体障害者手帳 (障害名)		()級()種 (障害名) 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	ふり 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		
高1		
高2		
高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					
治療やり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	
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④ 身体の状況・生活の状況

氏名

上肢 右・左・両	※ 使用している装具				
下肢 右・左・両	※ 使用している装具				
姿勢	よりかかりの座位 よりかかりなしの座位 つかり立ち ひとり立ち				
発音・発語					
視覚					
聴覚					
呼吸					

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	1人で可 要 支 援	普通食 (はさみ)	刻み食 (トロトロ)	軟菜食 (経管栄養等)	ペースト食
	水分の飲み方	1人で可 要 支 援	通常	・ コップ	・ ストロー	・ 経管
	道具	はし	スプーン	フォーク	補助具 ()	
	姿勢	椅子	車椅子	その他 ()		
	むせや誤嚥	経験有	無			
	食事時間	()	分程度			
	食事の量	ほぼ完食	半分位	4分の1位	その他 ()	
	食物アレルギー	有 ()	無			
	食物摂取制限	有 ()	無			
※ 食事中の状況や支援が必要なこと・主治医の意見等						

排せつ	尿意・便意の有無	有 無 不明	おむつの使用	有 無
	排せつの知らせ方			
	排尿回数	回／日	排便回数	回／日
	洋式トイレの使用	可 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 要支援		
	用便後の拭き取り	可 要支援		
	ズボン等の上げ下ろし	可 要支援		
移動	手洗い	可 要支援		
	平地歩行	可 要支援	※クラッチ… 要 不要	
	階段歩行	可 要支援	【特記事項】	
	車椅子移動	可 要支援		
衣服の着脱	車椅子移乗	可 要支援		
	上着・下着・ズボン・スカート	可 要支援		
	ボタンかけ	可 要支援		
	ファスナー上げ下ろし	可 要支援		
	靴下・靴履き	可 要支援		
入浴	靴ひも結び	可 要支援		
	洗面・顔ふき	可 要支援		
	浴槽の出入り	可 要支援		
	洗体	可 要支援		
	洗髪	可 要支援		
睡眠	タオル絞り	可 要支援		
	就寝時間	規則 不規則		
その他	爪切り	可 要支援		
	歯磨き・うがい	可 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

療育機関 保育所・幼稚園等				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				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				

