

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・女 | 生年月日 | 平成 令和 23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 脳原性運動機能障害による移動機能障害 | | | |
| | 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 |
| | 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 | 同居 | 船岡南中学校 3年 |
| | 船岡 次郎 | 〇〇 | 弟 | 同居 | 船岡山保育所 |
| | 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29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 | ・インフルエンザA型に罹患。 | |
| 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。)

- ・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。 てんかんの大发作の場合、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 身体状況・生活状況

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 ・ ストロウ ・ 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 ※通園していない場合は在宅と記入 | | 平成26年4月から平成30年3月まで | |
| | | | 年 月から 年 月まで | |
| | | | 年 月から 年 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30年 4月から 令和 6年 3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 |
| | 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 | □利用なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり (事業所名: 相談支援事業所□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"> ・明るく、いつもにこやかに過ごしている。 ・何事も真面目に取り組む。 | | | |
| 好きなこと 興味・関心 | <ul style="list-style-type: none"> ・外で遊ぶこと。 ・音楽の鳴る本。 ・アイドルに興味がある。 | | | |
| 苦手なこと | <ul style="list-style-type: none"> ・初めての場所や初めて行う活動では、緊張してしまう。 | | | |
| コミュニケーション 対人関係 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・友達とは仲良くすることができる。 | | | |
| 配慮すること | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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、寒いと感じにくいので、衣服の調整が難しい。 ・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。 | | | |

