

教育相談票 A 様式① 基本情報

記入例

記入年月日	令和 7 年 1 1 月 2 0 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 2 3 年 5 月 1 日
現住所	〒 (9 8 9 - 1 6 0 5) 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 (0 2 2 4 - 5 4 - 2 2 1 3)				
手帳等の有無	身体障害者手帳 (障害名)	(2) 級 (1) 種 申請中 なし (障害名 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	ふりがな氏名	年齢	続柄	同居・別居	職業・勤務先 (Tel) 学校名・学年
	ふなおか たろう 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
	ふなおか さくら 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
	ふなおか もみじ 船岡 もみじ	〇〇	姉	同居	船岡南中学校 3 年
	ふなおか じろう 船岡 次郎	〇〇	弟	同居	船岡山保育所
	ふなおか うめこ 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 2 9 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		
高 1		
高 2		
高 3		
<p style="text-align: center;">そ の 他 の 特 記 事 項</p> <p style="text-align: center;">（出生時の様子、発病の時期や状態等もご記入ください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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(1 2 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、寒いを感じにくいので、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。 			

