

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	つかまり立ち 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 刻み食 軟菜食 ペースト食 特別食 <small>(はさみ) (トロトロ) (経管栄養等)</small>
	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	
手洗い	可 要支援		
移動	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	
	車椅子移乗	可 要支援	
衣服の 着脱	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	
	靴ひも結び	可 要支援	
入浴	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	
	タオル絞り	可 要支援	
睡眠	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					

