

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 （障害名）	（      ）級（      ）種      申請中      なし （障害名      ）				
	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	
※ 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。					

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。）		

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				
	アレルギー				
	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。

## 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 (はさみ)	軟菜食	ペースト食 (トロトロ)	特別食 (経管栄養等)	
	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				

