

記入年月日	平成	年	月	日	記入者			
	平成	年	月	日	記入者			
	平成	年	月	日	記入者			
(ふりがな)生徒氏名	()				男 女	平成 年 月 日生		
現住所	〒[]				Tel []			
本籍								
(ふりがな)保護者氏名	()		続柄		職業及び勤務先	Tel []		
緊急連絡先	① []					保険種類		
	② []					保険記号・番号		
	③ []					証 保 険 者		
						扶助(生活 教育 医療)		有 無
診断名					平成 年 月 機関名			
					平成 年 月 機関名			
身体障害者手帳	番 号				療 育 手 帳	番 号		
	交付年月日					交付年月日		
	障 害 名					最新交付日		
	級・種	級		種		帳 判 定	A B (中・軽)	
重度心身障害児者医療費助成申請証				番号				
家族構成	氏 名	年令	続柄	同居・別居	職業・勤務先	学校名・学年		
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。							
通学生					寄宿舎生			
自力通学		主に[]が送迎			主に[]が送迎			
※家庭状況等で伝えておきたいこと								

教育相談票A 様式② 生育歴、療育、医療、福祉の状況

氏 名

項 目	内 容
生育歴	・ 母体の健康 異常無 ・ 有 ()
	・ 分娩 異常無 ・ 有 ()
	・ つわり 異常無 ・ 有 ()
	・ 胎位 異常無 ・ 有 ()
	出生時における特記事項

療育・治療歴（手術・入院等）及び教育歴

療育・治療の経過（上段）	<div> <div>0歳</div> <div>6歳</div> </div> <table border="1"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>小1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>中1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3															
	1	2	3	4	5	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3																	
教育歴（下段）																															

○出生児の様子，発病の時期と状態，治療・訓練などの経過を，詳しくご記入ください。
 ※病院名や支援機関名などもご記入ください。

※居住地校…

発達検査の状況	平成 年 月 検査機関： 検査名：
	結果：
地域とのかかわり	平成 年 月 検査機関： 検査名：
	結果：
	保健機関名： 担当保健師名：
	() 課 担当者名：
	支援センター名： 相談員名：
	福祉サービス利用名称： 回/月 曜日
	福祉サービス利用名称： 回/月 曜日
	利用事業所名： 回/月 曜日

そ の 他 の 特 記 事 項

※障害程度区分（高等部卒業時記入）

教育相談票A 様式③ 身体 の 状況

氏 名

身 体 に 関 す る 事 項					
疾病名（障害名以外のもの）					
平 熱		血液型	型	Rh	＋ －
緊急時搬送してほしい病院		無・有 []			
医療的ケア		無・有 []			
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					
アレルギー	種 類				
	アレルゲン				
[無・有]	対 応				
発 作	頻 度				
	発作の様子				
[無・有]	対 応				
(女子) 月経	初経未 ・ 初経有り (才) 規則的 ・ 不規則				
治 療 や 訓 練 に 関 す る 事 項					
病院名					
主治医・訓練士名					
診療科					
頻 度					
服 薬 有・無 ※薬についての説明書等の添付でも可。					
薬の名前					
何の薬か					
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 年 月～	平成 年 月～	平成 年 月～	平成 年 月～	平成 年 月～
病院名					
既 往 症 及 び 予 防 接 種					
麻疹（はしか）	歳、	歳（罹患 接種）	ぜんそく		歳
水痘（水ぼうそう）		歳（罹患 接種）	肺炎		歳
風疹	歳、	歳（罹患 接種）	気管支炎		歳
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		歳（罹患 接種）	心臓病：		歳
自家中毒		歳	腎臓病：		歳
健 康 上 の 特 記 事 項					
※日常生活における配慮事項や医師の指示事項、緊急時の対応などをご記入ください。					

教育相談票A 様式④ 生活の状況

氏名

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	一人で可 ・ 要支援	普通食 ・ 刻み食 ・ ミキサー食 ・ 特別食 (はさみ・フードプロセッサー) (経管栄養等)	
	水分の飲み方	一人で可 ・ 要支援	通常 ・ コップ ・ ストロウ ・ 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 ・ 不明		
	食事中のむせの回数・様子 誤嚥があったときの状況			
	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		
	学校給食における摂食指導について感じていることや要望などがあれば書いてください。			
	主治医の意見等 ※これまでに主治医の指導を受けたことがある場合にお書きください。	指導を受けた年月(平成 年 月) ※主治医の指示書 有・無 誤嚥検査 有(歳 か月) 無 形状: 介助の方法: その他:		
	排せつ	尿意・便意の有無	有・無・不明	オムツの使用
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		
(男子)小便器の使用		可・要支援		
(女子)生理の処理		可・要支援		
用便後のふき取り		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		
その他(尿器使用等)				
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		
	車椅子移動	可・要支援・不要		
	車椅子移乗	可・要支援		
衣服の着 脱	下着・上着・ズボン・スカート	可・要支援		
	ボタンかけ	可・要支援		
	ファスナーの上げ下ろし	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		
	タオルしぼり	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 生徒の様子・願い

氏 名

項 目		内 容	
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			
本 人 ・ 保 護 者 の 願 い			
本人の 願い	現在		
	卒業後	生活	
		余暇	
		進路	
保護者の 願い	現在		
	卒業後	生活	
		余暇	
		進路	