

小学校就学相談 保護者聞き取りシート①

記入日: 年 月 日 記入者: 続柄:

ふりがな		性別	男・女
児童氏名		生年月日	年 月 日
園名	幼・保 こども園 支援員(有・無)	身長・体重 (現在)	cm
			kg

<就学相談について>

相談に至った経緯、保護者の意向・希望	入学にあたって心配していること

<妊娠時・出産時>(母子手帳から転記してください)

妊娠中の 配慮事項	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 妊婦貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 他: ) <input type="checkbox"/> 無		
分娩時の 医療行為	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 促進剤 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 誘発分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 他: ) <input type="checkbox"/> 無		
在胎	週 日	黄疸 <input type="checkbox"/> 有(光線治療: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 無	出生時身長 cm
NICU/GCU	<input type="checkbox"/> 有( 日間/治療内容: ) <input type="checkbox"/> 無		出生時体重 g
生まれた ときの 特記事項	(新生児仮死、双子、手術の有無や内容など)		

<成育歴>

① 首のすわり	歳 カ月	② 寝 返 り	歳 カ月
③ おすわり	歳 カ月	④ はいはい	歳 カ月
⑤ つかまりだち	歳 カ月	⑥ 歩 き 始 め	歳 カ月
⑦ 発 語	歳 カ月	⑧ 人 見 知 り	歳 カ月

<健診の経過>(健診の時に気になったこと・相談したこと、指導を受けたことがあれば記入してください)

健 診 名	特 記 事 項
1歳6か月検診	
3歳児検診	
その他、育児上 気になったこと	

<既往歴①>

アレルギー	<input type="checkbox"/> 有(花粉・薬・ハウスダスト・食物・他: ) <input type="checkbox"/> 無
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有(相談: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 内容: ) <input type="checkbox"/> 無
身体面で 配慮や注意が 必要なこと	

<既往歴②>

てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<特記事項(時期、回数、服薬状況など)、配慮事項>
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
上記以外の 発作(喘息等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
入院歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<特記事項(時期、回数、病名、服薬状況など)、配慮事項>
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
大けが	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

<発達に関する相談歴・受診歴>

療育機関名	指導形態	指導内容	頻度
	<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 運動・作業 <input type="checkbox"/> ソーシャルスキル <input type="checkbox"/> 他:	回/ 月・週
	<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 運動・作業 <input type="checkbox"/> ソーシャルスキル <input type="checkbox"/> 他:	回/ 月・週
	<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 運動・作業 <input type="checkbox"/> ソーシャルスキル <input type="checkbox"/> 他:	回/ 月・週
相談機関名	相談内容		頻度
			回/ 月・週
医療機関名	時期	頻度	
( 科)	歳( 年)~	回/ 月・週	
( 科)	歳( 年)~	回/ 月・週	
( 科)	歳( 年)~	回/ 月・週	
療育・相談・医療 機関へ繋がった 経緯			
診断名	診断機関	診断時期	
		歳( 年)	
		歳( 年)	
薬名	服薬量	服薬時間	
①	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	
②	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	
③	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	
④	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	

小学校就学相談 保護者聞き取りシート①

<記入例>

記入日: 2023 年 5 月 1 日 記入者: 台東 花子

続柄: 母

ふりがな	たいとう たろう	性別	男・女
児童氏名	台東 太郎	生年月日	2017年 4月 2日
園名	上野 支援員 (有・無)	身長・体重 (現在)	102 cm
			21 kg

<就学相談について>

相談に至った経緯、保護者の意向・希望	入学にあたって心配していること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に一番合った環境を検討したいため。</li> <li>・大きな集団が苦手なので、特別支援学級への入学を視野に入れています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人のこだわりを折り合いをつけて、集団生活を送ることができるかどうか。</li> <li>・文字への興味が無いので学校の授業についていけるかが心配。</li> </ul>

<妊娠時・出産時> (母子手帳から転記してください)

妊娠中の配慮事項	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 妊婦貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 他: )			
	<input type="checkbox"/> 無			
分娩時の医療行為	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 促進剤 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 誘発分娩 <input checked="" type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 他: )			
	<input type="checkbox"/> 無			
在胎	40 週 4 日	黄疸	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (光線治療: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	出生時身長 51 cm
NICU/GCU	<input type="checkbox"/> 有 ( 日間/治療内容: )		<input checked="" type="checkbox"/> 無	出生時体重 3100 g
生まれたときの特記事項	(新生児仮死、双子、手術の有無や内容など) 陣痛後、促進剤使用したがお産が進まず、緊急帝王切開となった。			

<成育歴>

① 首のすわり	歳 4 ヵ月	② 寝 返 り	歳 6 ヵ月
③ おすわり	歳 8 ヵ月	④ はいはい	歳 10 ヵ月
⑤ つかまりだち	歳 11 ヵ月	⑥ 歩き始め	1 歳 0 ヵ月
⑦ 発 語	2 歳 0 ヵ月	⑧ 人見知り	な し 歳 <del>1</del> ヵ月

<健診の経過> (健診の時に気になったこと・相談したこと、指導を受けたことがあれば記入してください)

健診名	特記事項
1歳6ヵ月検診	発語がなく、保健所での発達相談を勧められる。
3歳児検診	既に松が谷や台東病院で相談していたため、新たな指導はなし。
その他、育児上気になったこと	目が合いにくく、語彙も増えにくい。 パッと飛び出すことが多く、迷子になりやすい。 自分なりのルールやこだわりが強い。

<既往歴①>

アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有(花粉・薬・ハウスダスト・食物・他: ) <input type="checkbox"/> 無
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有(相談: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無
身体面で 配慮や注意が 必要なこと	卵アレルギーのため給食での配慮をお願いしたい。緊急時のため子どもにはエピペンを 持たせているが、学校でも保管できるか相談したい。

<既往歴②>

てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<特記事項(時期、回数、服薬状況など)、配慮事項>
熱性けいれん	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3歳頃、2回熱性けいれんを起こしているため、5歳頃までは発熱時にダイアッ プを服薬していた。
上記以外の 発作(喘息等)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入院歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
手術歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1歳頃、心室中隔欠損のため1週間ほど入院、手術を行った。その後3歳頃まで 経過観察。
大けが	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	

<発達に関する相談歴・受診歴>

療育機関名	指導形態	指導内容	頻度
松が谷福祉会館	<input checked="" type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 運動・作業 <input checked="" type="checkbox"/> ソーシャルスキル <input type="checkbox"/> 他:	1回/1月(週)
〃	<input type="checkbox"/> 集団 <input checked="" type="checkbox"/> 個別	<input type="checkbox"/> 言語 <input checked="" type="checkbox"/> 運動・作業 <input type="checkbox"/> ソーシャルスキル <input type="checkbox"/> 他:	1回/1(月)週
	<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 運動・作業 <input type="checkbox"/> ソーシャルスキル <input type="checkbox"/> 他:	回/ 月・週
相談機関名	相談内容		頻度
教育相談室(教育支援館)	登園渋りについて		1回/ 1(月)週
医療機関名	時期	頻度	
台東病院	( 児童精神 科)	3歳( 2020 年)~	1回/ 6(月)週
	( 科)	歳( 年)~	回/ 月・週
	( 科)	歳( 年)~	回/ 月・週
療育・相談・医療 機関へ繋がった 経緯	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所の発達相談から、とどころを紹介され、とどころ卒業後に松が谷福祉会館へ。</li> <li>・年長になる前ごろから登園渋りが始まり、教育相談室へ相談。</li> <li>・園の先生から発達障害の指摘があり、台東病院へ通い始める。</li> </ul>		
診断名	診断機関	診断時期	
自閉症スペクトラム	台東病院	3歳( 2020 年)	
AD/HD	〃	3歳( 2020 年)	
薬名	服薬量	服薬時間	
① コンサータ	18 mg	朝・昼・ <input checked="" type="checkbox"/> 夕・晩・頓服	
②	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	
③	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	
④	mg	朝・昼・夕・晩・頓服	