|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | 身長・体重  （現在） | | | ｃｍ | | | |
| 支援員 ( 有 ・ 無 ) | | | | | | | | | | | | | | 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 | | 有（切迫早産妊婦貧血妊娠高血圧症妊娠糖尿病他：　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩時の  医療行為 | | 有（促進剤鉗子分娩吸引分娩誘発分娩帝王切開他：　　　 　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在胎 | | 週　　日 | | | | | | 黄疸 | | 有（光線治療：有無 ）　　無 | | | | | | | 出生時身長 | | | | ｃｍ | |
| NICU/GCU | | 有（　　　日間/治療内容：　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ）　　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　　　　　ヵ月** | | | | | | | 1. 寝返り | | | | | **歳　　　　　ヵ月** | | | | |
| 1. おすわり | | | | | | **歳　　　　　ヵ月** | | | | | | | 1. はいはい | | | | | **歳　　　　　ヵ月** | | | | |
| 1. つかまりだち | | | | | | **歳　　　　　ヵ月** | | | | | | | 1. 歩き始め | | | | | **歳　　　　　ヵ月** | | | | |
| 1. 発語 | | | | | | **歳　　　　　ヵ月** | | | | | | | 1. 人見知り | | | | | **歳　　　　　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 | 有（花粉・薬・ハウスダスト・食物・他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療的ケア | 有（相談：□有　□無　/　内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校で  配慮や注意が  必要なこと |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜既往歴②＞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| てんかん | 有  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 | 有  無 | | |
| 入院歴 | 有  無 | | | ＜特記事項(時期、回数、病名、服薬状況など)、配慮事項＞ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術歴 | 有  無 | | |
| 大けが | 有  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 |
|  | | | | | 集団個別 | | | | 言語運動・作業ｿｰｼｬﾙｽｷﾙ他： | | | | | | | | | 回/　　月・週 |
|  | | | | | 集団個別 | | | | 言語運動・作業ｿｰｼｬﾙｽｷﾙ他： | | | | | | | | | 回/　　月・週 |
|  | | | | | 集団個別 | | | | 言語運動・作業ｿｰｼｬﾙｽｷﾙ他： | | | | | | | | | 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①② | | 服薬量 | | | | 服薬時間 | | | | 薬名③④ | | | | 服薬量 | | | 服薬時間 | |
|  | | ㎎ | | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | | | |  | | | | ㎎ | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | |
|  | | ㎎ | | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | | | |  | | | | ㎎ | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | |
| 検査名 | | | | | | | | IQ | | | 実施期間 | | | | 実施日 | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月 | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月 | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **小学校就学相談　保護者聞き取りシート①** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入日： | **2023** | | | 年 | **5** | | 月 | | **1** | | 日 | 記入者： | | | **台東　花子** | | | | | 続柄： | | **母**  **＜記入例＞** |
| 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** | | | | | | | | | | | | 幼・保  こども園 | | 身長・体重  （現在） | | | **102**ｃｍ | | | |
| 支援員 ( 有 ・ 無 ) | | | | | | | | | | | | | | **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 | | | | | | | | | |
| **・本人に一番合った環境を検討したいため。**  **・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。** | | | | | | | | | | | | | **・本人のこだわりに折り合いをつけて、集団生活を送ることができるかどうか。**  **・文字への興味がないので学校の授業についていけるかが心配。** | | | | | | | | | |
| ＜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 | | 有（切迫早産妊婦貧血妊娠高血圧症妊娠糖尿病他：　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩時の  医療行為 | | 有（促進剤鉗子分娩吸引分娩誘発分娩帝王切開他：　　　 　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在胎 | | **40**週　　**4**日 | | | | | | 黄疸 | | 有（光線治療：有無 ）　　無 | | | | | | | 出生時身長 | | | | **51**ｃｍ | |
| NICU/GCU | | 有（　　　日間/治療内容：　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ）　　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　　　　　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か月検診 | | | **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 | 有（花粉・薬・ハウスダスト・食物・他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療的ケア | 有（相談：□有　□無　/　内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校で  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 | 有  無 | | | ＜特記事項(時期、回数、服薬状況など)、配慮事項＞ | | | | | | | | | | | | | | |
| **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。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 熱性けいれん | 有  無 | | |
| 入院歴 | 有  無 | | | ＜特記事項(時期、回数、病名、服薬状況など)、配慮事項＞ | | | | | | | | | | | | | | |
| **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。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術歴 | 有  無 | | |
| 大けが | 有  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** | | | | | 集団個別 | | | | 言語運動・作業ｿｰｼｬﾙｽｷﾙ他： | | | | | | | | | **1**回/**1**月・週 |
| **〃** | | | | | 集団個別 | | | | 言語運動・作業ｿｰｼｬﾙｽｷﾙ他： | | | | | | | | | **1**回/**1**月・週 |
|  | | | | | 集団個別 | | | | 言語運動・作業ｿｰｼｬﾙｽｷﾙ他： | | | | | | | | | 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 | **・保健所の発達相談から、とことこを紹介され、とことこ卒業後に松が谷福祉会館へ。**  **・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。**  **・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。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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①② | | 服薬量 | | | | 服薬時間 | | | | 薬名③④ | | | | 服薬量 | | | 服薬時間 | |
| **コンサータ** | | **18**㎎ | | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | | | |  | | | | ㎎ | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | |
|  | | ㎎ | | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | | | |  | | | | ㎎ | | | 朝・昼・夕・晩・頓服 | |
| 検査名 | | | | | | | | IQ | | | 実施期間 | | | | 実施日 | | | |
| **新版K式発達検査** | | | | | | | | **68** | | | **松が谷福祉会館** | | | | **2022**年　**4**月 | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月 | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月 | | | |