

転学相談票

(全部で4ページあります)

記入日：令和 年 月 日

フリガナ お子さんの氏名			生年月日	平成・令和	年	月	日
保護者の氏名		続柄	年齢	歳			
住所			電話				
現在通っている学校	〒		※転居予定 無・有(市内/市外) ____月ごろ				
特別支援教室・学級	立		小・中学校 第 ____ 学年 在学				
	____ 教室・学級 (第 ____ 学年 ____ 月 ~ ____ 学年 ____ 月)						

1) 現在通っている医療・相談機関 / 放課後等デイサービス / 習い事

医療・相談機関 放課後等デイサービス 等	名称	利用期間				
			年	月	~	年
		年	月	~	年	月
		年	月	~	年	月
		年	月	~	年	月
習い事						

2) 転学を希望する学校 (転学相談開始時点の希望校)

<input type="checkbox"/> 通常の学級	多摩市立	小・中学校
<input type="checkbox"/> 通常の学級と特別支援教室		
<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害特別支援学級	多摩市立	小・中学校
<input type="checkbox"/> 知的障害特別支援学級	多摩市立	小・中学校
<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (知的・視覚・聴覚・肢体・病弱・訪問)	都立	学校・学園

相談内容 (心配な点/相談希望理由)

3) 手帳の有無

愛の手帳(療育手帳)	あり・なし・申請中	()度	年	月	日	交付
身体障害者手帳	あり・なし・申請中	()種()級	年	月	日	交付
精神障害者保健福祉手帳	あり・なし・申請中	()級	年	月	日	交付

4) 相談歴 (子どものことで今まで相談に行ったところ)

相談に行った年齢	病院・発達支援室・教育相談室・児童相談所・こども家庭センター (旧子ども家庭支援センター・健康センター) 等
歳 カ月 ~ 歳 カ月	
歳 カ月 ~ 歳 カ月	
歳 カ月 ~ 歳 カ月	
歳 カ月 ~ 歳 カ月	

5) 家族構成 (本人を除く)

氏名	続柄	年齢

※保護者以外で送迎などの子育てサポートをしてくれる人

氏名	続柄	年齢

6) 生育歴

出生時	出生時体重 (g) 出生時身長 (cm)	
	異常 (なし ・ あり) ※妊娠期間 (週 日) 24時間以上 / 陣痛促進剤 / 骨盤位 (逆子) / 早期破水 / 鉗子分娩 帝王切開 / その他 ()	
	出生後の状況 良好 / 仮死 / 黄疸 (重い) / 保育器の使用 (日)	
乳幼児期	・ 哺乳量 (多い / 普通 / 少ない)	
	① 首のすわり 歳 カ月	⑥ 歩き始め 歳 カ月
	② 寝返り 歳 カ月	⑦ 初語 歳 カ月
	③ お座り 歳 カ月	⑧ 2語文 歳 カ月
	④ はいはい 歳 カ月	⑨ 人見知り 歳 カ月
	⑤ つかまり立ち 歳 カ月	(強い / 普通 / 弱い / なかった)
	・ 体の発育・運動発達: 標準/その他	
	・ 友だち関係:	
	・ 集団参加:	
	・ よくしていた遊び:	
・ その他、気になったこと:		
● 乳幼児健診	1歳半健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
・ 1歳半健診 (相談あり ・ 相談なし) 内容:		
・ 3歳児健診 (相談あり ・ 相談なし) 内容:		
就学から	体の発育、運動発達、言語発達、身辺自立、学習、集団参加、友だち関係などで心配なこと	
現在まで	睡眠リズム	平日 (就寝時間: ____:____、起床時間: ____:____) 週末 (就寝時間: ____:____、起床時間: ____:____) <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 夜中に何度も起きる <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い <input type="checkbox"/> 寝付くのに時間がかかる

7) 病歴

発作	あり・なし	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 過呼吸 <input type="checkbox"/> その他 () 時期: 歳 カ月 ~ 歳 カ月 (最後の発作: 歳 カ月)、服薬:
アレルギー	あり・なし	喘息・食物アレルギー・花粉 () ・その他 () 時期: 歳 カ月 ~ 歳 カ月
中耳炎	あり・なし	時期:
大きな怪我や病気	あり・なし	<input type="checkbox"/> 頭部外傷 時期: <input type="checkbox"/> その他 時期:
入院歴	あり・なし	時期: 歳 カ月 ~ 歳 カ月、理由 ()、手術・治療 ()
医療的配慮	あり・なし	呼吸・吸引・経管栄養・胃ろう・腸ろう・導尿・体温調節・その他
備考:		

8) 診断・服薬 / 知能・発達検査について

診断	病院名		受診科	
	診断: あり・なし (診断名)		受診頻度:	
服薬	服薬: あり・なし (処方されている薬)			
	(服薬の期間)		歳 カ月 ~ 歳 カ月	
検査	検査名		検査受検日 (予約日):	年 月
	検査結果:			

※発達・知能検査はWISC等/田中ビネー/新版K式/KABC-II等です。
受検したものがあればご記入ください。

3・4ページもあります

9) 現在の様子

過去6ヵ月から現在のお子さんの様子について、おたずねします。

お子さんの普段の様子の中で気になっているところ、心配しているところについてご記入下さい。

記載項目の内容でご不明な点がございましたら、お子さんの在籍している学校の先生等にご相談下さい。

	観点 (該当項目にレ点)	具体的記述 (どのような時に支援が必要か、どのような支援をしたか等)	
身の回りのこと・生活に関すること	着衣	<input type="checkbox"/> 支援が必要	着替えのペース/ボタン・ファスナーの操作/靴紐の操作/気温や天気に合わせた服装など
		<input type="checkbox"/> 時々支援が必要	
		<input type="checkbox"/> 支援が必要ない	
	排泄	<input type="checkbox"/> 支援が必要	オムツの使用 (日中・夜) /お尻拭き/生理の管理/夜尿外来への通院など
		<input type="checkbox"/> 時々支援が必要	
		<input type="checkbox"/> 支援が必要ない	
	食事	<input type="checkbox"/> 支援が必要	偏食/箸の使用/食べこぼし/アレルギー/ペースや量/朝食の有無など
		<input type="checkbox"/> 時々支援が必要	
		<input type="checkbox"/> 支援が必要ない	
	清潔	<input type="checkbox"/> 支援が必要	身だしなみ/入浴/歯磨き/手洗い/自分の体調不良を訴える/服薬管理など
		<input type="checkbox"/> 時々支援が必要	
		<input type="checkbox"/> 支援が必要ない	
	感覚	<input type="checkbox"/> 支援が必要	音や光、肌感覚等の過敏さ、衣服のこだわり/痛み/熱さ・寒さの鈍感、敏感さなど
		<input type="checkbox"/> 時々支援が必要	
		<input type="checkbox"/> 支援が必要ない	
認識	ルールやマナーの理解 ()		
	危険な行動 ()		
その他	<input type="checkbox"/> 時間に合わせた行動が難しい (門限・出発時間等) <input type="checkbox"/> アナログ時計が読めない		
	<input type="checkbox"/> 紙幣や硬貨の理解をしていない <input type="checkbox"/> お店で注文できない (買い物経験がない)		
	<input type="checkbox"/> 一人で公共交通機関に乗れない		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

登校状況	<input type="checkbox"/> 安定している
	<input type="checkbox"/> 安定しているが、過去に登校渋りや不登校時期があった (時期:)
	<input type="checkbox"/> 登校渋り・遅刻がある (頻度: 回/週・月)
	<input type="checkbox"/> 不安定であり、支援が必要 (具体的な状況や理由等を以下にご記入ください)

該当する網掛け部分 (該当学年・支援の程度) に ○ を付けてください。 また、行っている工夫があれば□に✓をつけるか、余白にお書きください。		支援が必要ない	時々支援が必要	支援が必要
読む	1 平仮名、片仮名 (小さな「や・ゆ・よ」、濁音、「は、へ、を」等を含む) を読むことができる			
	2 (高学年/中学年/低学年) の漢字を読むことができる			
	3 文章を正確にスラスラと音読することができる			
	4 (高学年/中学年/低学年) の教科書の内容を理解できる			
	<普段の様子、ご家庭の工夫> <input type="checkbox"/> ルビ <input type="checkbox"/> 単語のまとまりで線を引く <input type="checkbox"/> 拡大教科書 <input type="checkbox"/> 代読 (デジエ教科書含む)			
書く	1 平仮名、片仮名 (小さな「や・ゆ・よ」、濁音、「は、へ、を」等を含む) を正しく書くことができる			
	2 (高学年/中学年/低学年) の漢字を正しく書くことができる			
	3 板書事項を正確に、時間内に書き写すことができる			
	4 作文を書くことができる			
	<普段の様子、ご家庭の工夫> <input type="checkbox"/> タブレット端末等による入力 <input type="checkbox"/> 板書の撮影 <input type="checkbox"/> 用紙の拡大 <input type="checkbox"/> 量の調整			
算数	1 生活の中で、時計や暦を利用することができる			
	2 (高学年/中学年/低学年) の計算をすることができる			
	3 図表を読み取ることができる			
	4 (高学年/中学年/低学年) の文章題を理解して立式できる			
	5 金銭 (紙幣・硬貨) を使用したり計算したりできる			
	6 時間の読み取りや計算ができる			
<普段の様子、ご家庭の工夫> <input type="checkbox"/> 計算機の使用 <input type="checkbox"/> 計算用紙の使用 <input type="checkbox"/> 代読				

該当する網掛け部分に○を付けてください。		支援が 必要ない	時々 支援が必要	支援が必要	
粗大運動	1	姿勢を保つことができる			
	2	体操などで手本通りに動くことができる			
	3	縄跳びやボールなどの道具を適切に使うことができる			
	<気になること>				
微細運動	1	学習用具や生活用具を適切に使うことができる（蝶結び・コンパス等）			
	2	手元に注意して作業を行うことができる			
	<気になること>				
注意	1	声かけに注目することができる			
	2	机の中や自分の部屋の整理をすることができる			
	3	自分で持ち物の管理をすることができる（なくし物・忘れ物をしない）			
	4	忘れずに、毎日決まった支度をすることができる（明日の準備や宿題）			
	5	集中して宿題や習い事の課題に取り組むことができる			
	6	複数の事柄を優先づけて段取りよく行うことができる			
	<気になること>				
多動・衝動性	1	落ち着いて行動することができる			
	2	話の途中で割り込まず、最後まで人の話を聞くことができる			
	3	失敗を繰り返さないように行動を修正することができる			
	<気になること>				
コントロール感情	1	自分の感情を理解し適切に表現することができる			
	2	状況や相手の気持ちを理解して感情をコントロールすることができる			
	3	気持ちを切り替えて次の行動に移ることができる			
	<気になること> <input type="checkbox"/> 癩癩 <input type="checkbox"/> 物や他者にあたる <input type="checkbox"/> 手や足が出る →（場面： 、頻度： 回/週・月）				
社会性	1	家族のスケジュールや意向に合わせて行動することができる			
	2	急に予定を変更されても柔軟に行動することができる			
	3	順番やルールを守って柔軟に行動することができる			
	4	相手と協力して行動することができる			
	5	相手や状況をわきまえた行動をすることができる			
	<気になること> <input type="checkbox"/> 一方的な会話・関わりになりやすい <input type="checkbox"/> 他者との距離感が捉え辛い <input type="checkbox"/> 勝敗や1番へのこだわり <input type="checkbox"/> 行事への参加がしにくい				
コミュニケーション	1	自分の気持ちや意図を相手に伝えるように表現することができる			
	2	相手の気持ちや意図を汲み取ることができる（冗談・皮肉・遠回しの拒否等）			
	3	困った時に支援を求めることができる			
	<気になること>				
聞く・話す	1	聞き間違いなく聞き取ることができる			
	2	適切な用語を使って話すことができる			
	3	整った文章で話すことができる			
	4	要点をまとめて話すことができる			
	5	家族が伝えたことを理解し、実行することができる			
	<必要な支援> <input type="checkbox"/> 文字等での提示 <input type="checkbox"/> 短く伝える <input type="checkbox"/> 分かりやすい言葉を使う <気になること>				
その他	心配なことや気になること				

記入日： 令和 年 月 日 現在



以上になります。ご記入、ありがとうございました。

最後に、記入漏れがないか、4ページ全ての ご確認をお願いいたします。