取扱注意

# 相 談 シ ー ト

①

（記入日：令和　　年　　月　　日）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 生 | 性別 | |
| 幼児名 | | 住 所 | 枚方市 | | |
| 保護者名 | | 校区の小学校 | 小学校 | | |
| 在籍する園（所）名 | | 保護者電話番号 | ー　　ー　　続柄（　　） | | |
| 現在検討している就学先 | 通常の学級 ・ 通級指導教室 ・ 支援学級 ・（　　）支援学校 | | | | |

②

| | | |
|---|---|---|
| これまでに相談したところ | | 小学校への相談・見学<br>既に行った ・ 予定している ・ まだ |
| これまでに通った病院又は療育機関 | | |
| 手帳の所持 | 身体障害者手帳（　種　級）療育手帳（ A・B1・B2 ）精神障害者保健福祉手帳（　級） | |
| 診断名 | 機関名（　　）（　歳　ヵ月頃） | |

お子さまの健康面や生活面の様子をご記入ください。質問に対して「はい」は○、「多少気になる」は△、「いいえ」は×を回答欄に記入してください。それ以外で特に気になることがあれば特記事項の欄に記入してください。

| 観点 | | 回答欄 | 特記事項 |
|---|---|---|---|
| 健康 | 1 健康面が良好である | | |
| | 2 目がしっかり見えている | | |
| | 3 耳がしっかり聞こえている | | |
| | 4 音や光、感触等に対して過敏でない | | |
| | 5 日常の歩行が困難なくできている | | |
| | 6 大きなアレルギーがない | | |
| 生活 | 1 一人で食事ができる（箸が使える） | | |
| | 2 一人で着替えられる | | |
| | 3 一人でトイレにいける（おしりがふける） | | |

③

| | | |
|---|---|---|
| 基本的な情報 | お子さまの好きなこと | お子さまの苦手なこと |
| | 家族構成（兄弟姉妹関係については年齢もご記入ください） | |
| | お子さまについて特に気になること、心配なこと、配慮すべきこと | |

就学相談で聞きたいことがあればご記入ください

【就学相談説明動画】

【市教委記入欄】

| | |
|---|---|
| ① 検討している就学先 | ③ その他 |
| ② 小学校見学希望時期 | 【小学校への情報提供 可・不可】 |

※就学相談前にご確認ください。

枚方市教育委員会 児童生徒支援課