面　談　票

児童・生徒氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者：

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の様子☆家庭や園・学校で・困っていること・気になること |  |

|  |
| --- |
| 現在の健康状態や成長・発達の様子など |
| 現在の身長・体重 | 身長　　　　　　㎝　　　　　　　　体重　　　　　　　㎏ | 体重　　　　　　　㎏ |
| 　 | 出生時身長　　　　　　㎝ | 出生時体重　　　　　　　ｇ |
| 【特記事項】 |
| 　 | ① | 　　　歳　　ヵ月 | ② | 　　　歳　　ヵ月 |
| ③ | 　　　歳　　ヵ月 | ④ | 　　　歳　　ヵ月 |
| ⑤つかまり立ち | 　　　歳　　ヵ月 | ⑥ | 　　　歳　　ヵ月 |
| ⑦発　　　　語 | 　　　歳　　ヵ月 | ⑧人見知り | 　　　歳　　ヵ月 |
| 【特記事項】 |
| 診断名（病名等） |  |
| 診断を受けた病院等 |  |
| 医療について | 医療機関名 | ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　科） |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　科） |
| ③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　科） |
| 発作＜あり・なし＞ | 服薬 | ①薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩） |
| ②薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩） |
| アレルギー＜あり・なし＞ | ③薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩） |
| ④薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（朝・昼・夕・晩） |
| 医療的ケア＜あり・なし＞ | 内容 | 吸引・経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう・導尿・酸素・人工呼吸器その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【学校生活を送る上での配慮事項】 |

児童・生徒氏名：　　　　　　　　　　　　　　記入者：

|  |
| --- |
| 諸検査の記録 |
| これまでに実施した検査 | 実施機関 | 実施時期 | 検査結果　※別紙資料添付可 |
| ① |  | 年　　月 |  |
| ② |  | 年　　月 |  |

|  |
| --- |
| 就学相談についての希望等 |
| 第１に希望する学校等立　　　　　　　　　　学校　　　　　　　　学級 | 備考 |
|  |
| 第２に希望する学校等立　　　　　　　　　　学校　　　　　　　　学級 |  |
| 【就学に関する保護者の意向（希望の理由など）】 |
| 【東京都の相談に引き継いで欲しいこと】 |
|  |
| 通　学　の　方　法 |
| （　　　）　一人で通学する。 | 徒歩・交通機関利用 |
| （　　　）　保護者等が送迎する。 | 徒歩・交通機関利用・福祉タクシー・自家用車 |
| （　　　）　スクールバスの利用を希望する。 | 車椅子での乗車希望（有・無）　　　　　　 |
| 【通学に伴う課題や要望など】 |

児童・生徒氏名：　　　　　　　　　　　　　　記入者：

就学する学校に対する希望

|  |
| --- |
| 就学後も継続して利用したいサービス |
|  | 名　　　　　　　　　称 | 利　用　頻　度 |
| 福　祉　機　関 |  | 　　　月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回　　　　 |
|  | 月・週に　　回　　　　 |
| 医　療　機　関 |  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
| 療　育　機　関 |  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
| その他のサービス |  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  | 月・週に　　回 |
|  |
| 期待する地域との関わり |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 学校教育に対する期待 |
|  |