

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 | cm | 体重 | |
| | | | kg | |
| 出生時のようす | 出生時身長 | cm | 出生時体重 | |
| | 【特記事項】 | | | |
| 発育のようす | ①首のすわり | 歳 カ月 | ②寝返り | |
| | ③おすわり | 歳 カ月 | ④はいはい | |
| | ⑤つかまり立ち | 歳 カ月 | ⑥歩き始め | |
| | ⑦発語 | 歳 カ月 | ⑧人見知り | |
| | 【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 | 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> | 薬 | 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】 | | | | |
| 諸検査の記録 | これまでに実施した検査 | | 実施機関 | |
| | ① | | 実施時期 | |
| | ② | | 年 月 | |

児童・生徒氏名： _____

記入者： _____

| 就学相談についての希望等 | | |
|-------------------------|----|----|
| 第 1 に希望する学校等 | | 備考 |
| 立 | 学校 | 学級 |
| 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

| 学校教育に対する期待 | |
|------------|--|
| | |

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

| |
|--|
| |
|--|