

相談申込一様式 1

横浜市特別支援教育総合センター

保	学	校	個	指
---	---	---	---	---

# 記入例

## 就学相談（新小学1年）及び 教育相談（在学小1～中3） 申込書

令和3年1月更新

保護者様

横浜市特別支援教育総合センター

就学相談（新小学1年）・教育相談（在学小1～中3）

申込書の記入にあたって

横浜市特別支援教育総合センターでの就学相談（翌年度に小学校へ就学予定のお子さまの相談）や教育相談（既に小学校、中学校や義務教育学校に在籍しているお子さまの相談）を希望される場合は、指定の申込書に必要事項を記入のうえ、「就学相談」、「転入予定」の方は直接郵送で、「教育相談」の方は学校経由で、お申し込みください。

なお、電話・FAXでのお申込みは受け付けていませんのでご注意ください。

**[注意事項] 記入にあたっては、ボールペンを使用し、楷書でご記入ください。**

- ・ 記入については、該当しないところは空欄のままでもかまいません。お子さんの生育歴などは、わかる範囲でご記入ください。
- ・ 他の機関での直近の検査結果をお持ちでしたら、差し支えない範囲で写しを同封してください。
- ・ 相談日については、お子様の状況により決定します。申込順ではありませんので、ご了承ください。
- ・ 相談日が決定しますと、就学相談の場合は保護者に郵送で、教育相談の場合は学校を通じて、文書にてお知らせします。
- ・ 記入された内容は、適切な相談および教育に向けて活用させていただきます。それ以外の目的では使用しません。
- ・ ホチキスでとめずに、A4版用紙でご提出ください。

ご不明な点は、次までご連絡ください。

☎240-0044 横浜市保土ヶ谷区仏向町 845-2

横浜市教育委員会事務局 特別支援教育相談課

(横浜市特別支援教育総合センター) ☎045-336-6020



受付日時印

【記入しないでください】

記入日 令和 3 年 6 月 10 日

記入者氏名 特総 太郎

お子さんとの関係 (父) 母・その他 ( )

令和3年度版  
令和3年1月更新

フリガナ	トクソウ ハナコ
お子さんの氏名	特総 花子 生年月日(平成26年 7月 2日生) 年齢( 6 歳)性別( 女 )
フリガナ	トクソウ タロウ
保護者氏名	特総 太郎 (父) 母・その他 ( )
現住所	(〒240 - 0044 ) 横浜市 保土ヶ谷区仏向町845-2 <b>申込みの時点で、決まっているところまでを記入してください</b>
転居予定	無・(有)→時期(R3年12月) 予定住所(横浜市 中区 )
電話番号	携帯電話 (080-0000-●●●●) (父) 母・他( ) ( ) 午前9時から午後5時で連絡が 自宅電話等(090-●●●●-0000) (母) ← できる方に0をつけてください
相談日として ご都合の悪い 曜日・時間帯	相談日のご都合の悪い曜日と時間をお書きください。 月曜日のAM <b>※相談日程の調整上で、ご希望にそえないことがあります。</b>

<就学相談(新小学1年)の方>

( トクソウ )	幼稚園・(保育園) (週4日通園)
( )	幼稚園部 (週 日通園)
療育センター等	・( 〇〇地域療育 )センター (通園) 週( 1 )日利用 ・ 外来 ・児童発達支援事業所 週( )日利用
居住区の学校名	( 〇〇 ) 小学校 義務教育学校 学校での相談は終わっていますか。 ( 6月5日(終了)・予定)

<教育相談(在学小1～中3)の方>

在籍校	( ) 小・中・義務教育・特別支援 学校 年 組(一般・個別) 担任
学校での相談は行っていますか。 (はい・いいえ・今後相談予定)	
※通級指導教室の利用(あり・なし)	
( ) 小・中・特別支援 学校 情緒 ・ 難聴 ・ 言語 ・ 弱視	
※ハートフルルーム・スペース利用(あり・なし)	

小学校・中学校・義務教育学校・特別支援学校に  
在学中の方はこちらに記入してください。

記入例⇒

在籍校	( トクソウ ) 小・中・義務教育・特別支援 学校 〇年 〇組 (一般・個別) 担任 〇〇〇先生
学校での相談は行っていますか。 (はい・いいえ・今後相談予定)	
※通級指導教室の利用(あり・なし)	
( 〇〇〇 ) 小・中・特別支援 学校 情緒 ・ 難聴 ・ 言語 ・ 弱視	
※ハートフルルーム・スペース利用(あり・なし)	

相談申込一様式 1

◎ 相談の内容について

(1) 相談の目的について ※ 該当の( )に○をつけてください。	【就学相談】(新 小学1年の方) ( ) 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 ( ) 相談を勧められた。(居住区の学校・療育機関・幼稚園・保育園・その他) 【教育相談】(小1～中3に在学中の方) ( ) 希望する学校種、学級種がある。 ( ) 学校から相談を勧められた。 ( ) 市外から横浜市内に転入する予定がある。
(2) 希望及び検討したい学級・校種について ※ 該当の項目に必ず○をつけてください。 複数選択可 ※「個別支援学級」のみを希望する場合、一定の条件を満たせば、当センターに在所せずに入級できることがあります。詳しくは各学校までご相談ください。	( ) 一般学級 ( ) 個別支援学級 ( ) 通級指導教室 (情緒・難聴・言語・弱視) ( ) 特別支援学校 (知的障害・肢体不自由・ろう・盲) [国立・私立の特別支援学校の受験予定 (なし・あり)] ※ 見学した学校があればお書きください。 ( )
(3) 相談時に本人及び保護者の通訳が必要な場合は、○をつけてください。	( ) 英語の通訳 (本人・保護者) ( ) 手話通訳 (本人・保護者)
(4) 特別支援教育総合センターでお子さんの相談をされたことはありますか。	( ) ない ・ ある ( 年 月頃) ※ 改姓された方は旧姓をお書きください。( )
(5) 特別支援教育総合センター以外で発達検査 (IQ値のわかるもの) を受けた経験はありますか。 ※ お手元に紙面で発達検査結果がある場合は、申込書と一緒にコピーしたものを送付してください。(参考にさせていただきます) ※ 申込み後に発達検査を受けた場合は、必ず相談前にセンターへ連絡してください。	ない ・ ある 実施機関 ○○地域療育センター 最近の検査実施日 令和2年 5月頃 検査名 田中ビネー-V ・ WISC-IV その他 ( ) 実施結果 IQ○○ (IQの数値など)
今後発達検査を受ける予定	令和 3 年 〇 月 実施機関 ○○児童相談所 検査名 田中ビネー-V
【同意欄】必ず記入してください。※ 資料は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。 1 療育センター・児童相談所へ検査結果を請求することについて (同意する) ・ 同意しない) また、必要に応じて当センターでの検査結果を提供することについて (同意する) ・ 同意しない) 2 関係機関の検査結果を用いて当センターで今回相談することについて (同意する) ・ 同意しない) 令和 3 年 6 月 10 日 保護者名 特総 太郎	

◎ 手帳について (お持ちであればお書きください。)

愛の手帳 (療育手帳)	初回の交付年月日 (平成) 令和 〇 年 〇 月 判定 ( A 2 ) 現在の交付年月日 平成 (令和) 〇 年 〇 月 判定 ( A 2 ) 更新予定年月日 平成 (令和) 3 年 〇 月
身体障害者手帳	初回の交付年月日 (平成) 令和 〇 年 〇 月 1 種 3 級 (※ 肢体不自由) 現在の交付年月日 平成 (令和) 〇 年 〇 月 1 種 3 級 (※ 肢体不自由) 更新予定年月日 平成 (令和) 〇 年 〇 月 (※ ) には「視覚障害」「聴覚障害」「肢体不自由」など、種別をお書きください。
精神障害者保健福祉手帳	初回の交付年月日 平成・令和 年 月 級 現在の交付年月日 平成・令和 年 月 級 更新予定年月日 平成・令和 年 月

相談申込一様式 1

◎ 医療等の関係機関について

今まで相談主訴に関わる医療機関などを利用したことが ( あり ) ・ ( ない )

相談主訴に関わる関係医療機関名 (療育センターなどを含めお書きください。)	○○県立○○病院 ○○地域療育センター
診断名 (診断年月)	例 自閉症スペクトラム (令和元年〇月) ○○○○ ○○○○
服薬 (薬名や服薬回数など)	○○○○○ ○○○○○
【これまでの療育経過】	例 平成〇年〇月 ○○地域療育センター 通園 例 平成〇年〇月 ○○クリニック 受診  平成〇年 〇月 県立○○病院 受診 平成〇年 〇月 ○○地域療育センター 受診 (週3日通園開始) 平成〇年 〇月 ○○保育園 入園 (週4日通園開始) ○○地域療育センター (週1日通園開始)
【今後の療育予定】	例 令和〇年〇月 ○○地域療育センター 受診予定 例 令和〇年〇月 ○○クリニック 受診予定 例 令和〇年〇月 手帳更新のため○○児童相談所 来所予定  令和3年〇月 ○○地域療育センター 定期受診

◎ 一緒に生活されている方の口にチェックを入れてください。

父 母 兄 姉 弟 妹 その他  
(1人) (人) (人) (人) (祖母)

相談申込一様式 1

◎お子さんの生育について（母子手帳等を参考にわかる範囲でお書きください。）

(1) 妊娠期間は何週でしたか。	〇〇 週
(2) 出産時の体重は何グラムでしたか。	〇〇〇〇 グラム
(3) 首がすわった時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(4) つかまり立ちをした時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(5) ひとり歩きをした時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(6) 尿意を教え始めた時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(7) オムツが完全にとれた時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月
(8) 大きな病気にかかったことがありますか。	〇歳 〇か月（病名 〇〇〇 ）
(9) けいれんの経験がありますか。	〇歳 〇か月 (予後 最近〇年〇月にけいれんあり)
(10) 脳波検査を受けたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 〇歳頃) ・ ない
(11) 長期入院したことがありますか。	歳 か月(病名 )
(12) 1歳6か月児健診で指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ ない (指摘された内容 <u>つかまり立ちが難しい</u> ) (その後の対応 <u>〇〇地域療育センターに相談 〇〇病院に相談</u> )
(13) 3歳児健診で指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ ない (指摘された内容 <u>ことばの数が少なく、発達がゆっくりである。</u> ) (その後の対応 <u>〇〇地域療育センターに相談</u> )
(14) あてはまるものに○をつけてください。 ① アレルギー体質 <input checked="" type="checkbox"/> ② ぜんそく      ③ 下痢をしやすい ④ 便秘をしやすい      ⑤ 吐きやすい      ⑥ よく頭痛を訴える <input checked="" type="checkbox"/> ⑦ 熱を出しやすい      ⑧ 風邪をひきやすい      ⑨ 耳鳴りを訴えることがある	
その他、気になることがあればお書きください。	

相談申込一様式 1

◎ お子さんの現在の様子について

身辺処理	食事	自立 ・ ほぼ自立 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 ・ 全面介助
		偏食      ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ( )
		アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
	食事形態 <input checked="" type="checkbox"/> 通常食・きざみ・ミキサー・その他 ( )	
くわしくお書きください。 好きな物を詰め込むように食べるため、一口大にカットしたり、野菜類を混ぜたりして食べさせている。水分はストローで飲んでいる。		
着替え	自立 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
	くわしくお書きください。 周囲が気になり、時間が掛かる。	
排泄	自立 ・ ほぼ自立 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 ・ 全面介助	
	くわしくお書きください。 自らトイレに行くことが少ないため、声かけでトイレを促している。トレーニングパンツで練習中。	
ことば (表出)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 単語程度 ・ 発声程度 ・ 発声なし	
	話し始めの時期（「ママ」「ブーブー」など）	〇 歳 〇 月
	二～三語文の表出がみられた時期	歳 月
	現在の話し言葉で気になることがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ ない
ことば（表出）の様子についてくわしくお書きください。 気に入った同じ言葉をくりかえすことが多い。 自分の気持ちを伝えることが難しい。		
ことば (理解)	日常会話可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 難しい	
	本人へ伝えるために工夫されていることなどをお書きください。  日常生活で使われる単語については理解している。 その他の言葉については、分かりやすく伝えたり、絵や具体物を示したりして理解を促している。	
日本語以外の言語で生活経験はありますか？      ( なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ) <input checked="" type="checkbox"/> ある場合 → ・生活期間 ( 〇 歳～ 〇 歳 ) ・日本語でのコミュニケーションの状況をお書きください。 〔 英語で覚えている単語もあるので、日本語で伝わりにくいときは英語で言い直して伝えることもある。 〕		

相談申込一様式 1

移動面	自立 ・ ほぼ自立 ・ <b>部分介助</b> ・ 全面介助	
	移動の様子や配慮が必要なことがあればお書きください。  初めての場所では、声かけを多くしている。 ※肢体不自由がある場合「歩行は困難なため、車いすを使用している」 「歩行は困難だが、ハイハイで移動できる」 「独歩は困難だが、手を引くと歩ける」 など	
集団活動	参加可能 ・ <b>部分参加</b> (支援があれば参加できる) ・ 難しい	
	「部分参加(支援があれば参加できる)」 「難しい」に○を付けた場合は、 具体的な状況をお書きください。  興味や関心があれば活動に参加することができるが、参加は短時間である ことが多い。待つことが苦手。	
視力	視力	裸眼 右( ) ・ 左( ) 矯正 右( ) ・ 左( )
	色覚異常	ある ・ <b>ない</b>
	斜視	ある ・ <b>ない</b>
	疾病等	
	その他、気になることがあればお書きください。 測定していない	
聴力	正常・難聴	裸耳 右( ) ・ 左( ) 矯正 右( ) ・ 左( )
	補聴器装用	ある ・ <b>ない</b> 人工内耳装用 あり ・ <b>ない</b>
その他、気になることがあればお書きください。 測定していない		
利き手	<b>右利き</b> ・ 左利き ・ 未確定	
医療的ケア	あればお書きください。  「一日数回、吸引が必要である。」 「朝・昼・夜に胃ろうから栄養剤をとっている」 「一日数回、導尿を行っている」 など	
好きなこと 興味をもって いること	具体的にお書きください。  ○○○○ ○○○	
得意なこと 長所など	具体的にお書きください。  ○○○ ○○なところ	

相談申込一様式 1

お子さんの現在の様子について気になる行動が <b>ない</b> ・ <b>ある</b>	
<b>ある</b> の場合は以下の項目のあてはまるものに○をつけてください	
① 視線が合いにくい。	<b>ある</b> ・ 時々ある
② 人見知りがある。	ある ・ 時々ある
③ 場にそぐわない大きな声を出すことがある。	<b>ある</b> ・ 時々ある
④ 漢字・マーク・駅名など特定のものだけを覚える。	<b>ある</b> ・ 時々ある
⑤ 動きが激しく落ち着かず思ったらすぐに行動する。	ある ・ 時々ある
⑥ 自分の身体の一部を叩いたり、噛んだりする。	ある ・ 時々ある
⑦ 食べ物以外のものを口に入れる。	<b>ある</b> ・ 時々ある
⑧ 指示や禁止が分からない。	ある ・ 時々ある
⑨ 周囲の様子に合わせて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑩ 場所や変化に応じて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑪ 手のひらや紙などをひらひらさせる。	ある ・ 時々ある
⑫ 特定の物や事柄へのこだわりがある。 (どのようなものですか? ○○○○ )	<b>ある</b> ・ 時々ある
⑬ 不器用である。	ある ・ 時々ある
⑭ ひとりごとや相手の言った言葉を繰り返す。	<b>ある</b> ・ 時々ある
⑮ 攻撃的である。	ある ・ 時々ある
⑯ 感覚の過敏さ (どのようなものですか? )	<b>ある</b> ・ 時々ある

◎ 相談したいことや気になることをお書きください。

就学後の・・・・・・が心配なため、就学先について相談したいです。  
○○について、教えていただきたいです。

※ 本申込書は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。

--

就学相談（新小学1年）及び 教育相談（在学小1～中3） 申込書

受付日時印

記入日 令和 年 月 日

令和3年度版

令和3年1月更新

【記入しないでください】

記入者氏名 \_\_\_\_\_

お子さんとの関係 父・母・その他 ( )

フリガナ	
お子さんの氏名	生年月日（平成 年 月 日生） 年齢（ 歳）性別（ ）
フリガナ	
保護者氏名	父・母・その他 ( )
現住所	(〒 — ) 横浜市
転居予定	無・有 → 時期(R 年 月) 予定住所( )
電話番号	携帯電話 ( ) 【父・母・他( )】 ( ) 午前9時から午後5時で連絡ができる方に0をつけてください。 自宅電話等( ) ( ) ← ↑
相談日として ご都合の悪い 曜日・時間帯	相談日のご都合の悪い曜日と時間をお書きください。  ※相談日程の調整上で、ご希望にそえないことがあります。

<就学相談(新小学1年)の方>

<教育相談(在学小1～中3)の方>

( ) 幼稚園・保育園 (週 日通園)	
( ) 幼稚部 (週 日通園)	
療育センター等	・( ) センター 通園 週( ) 日利用 ・ 外来 ・ 児童発達支援事業所 週( ) 日利用
居住区の学校名	( ) 小学校 義務教育学校 学校での相談は終わっていますか。 ( 月 日 終了 ・ 予定 )

在籍校	( ) 小・中・義務教育・特別支援 学校 年 組 (一般・個別) 担任 _____
学校での相談は行っていますか。 (はい・いいえ・今後相談予定)	
※通級指導教室の利用 (あり・なし)	
( ) 小・中・特別支援 学校 情緒 ・ 難聴 ・ 言語 ・ 弱視	
※ハートフルルーム・スペース利用 (あり・なし)	

特別支援教育総合センター使用欄 (この欄には記入しないでください。)

相談月日	月 日 ( )	午前・午後	時 分	担当 ( )	
発達検査月日	月 日 ( )	午前・午後	時 分	担当 ( )	
変更月日	月 日 ( )	午前・午後	時 分	担当 ( )	
発達検査月日	月 日 ( )	午前・午後	時 分	担当 ( )	
①入力	②入力チェック	③相談員確認	④発送	⑤変更発送	変更理由 ①保護者の希望 ②キャンセルによる延期 ③その他 ( )
				要 不要	

**相談申込一様式1**

◎ 相談の内容について

<p>(1) 相談の目的について ※ 該当の ( ) に○をつけてください。</p>	<p>【就学相談】(新 小学1年の方) ( ) 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 ( ) 相談を勧められた。(居住区の学校・療育機関・幼稚園・保育園・その他)</p> <p>【教育相談】(小1～中3に在学中の方) ( ) 希望する学校種、学級種がある。 ( ) 学校から相談を勧められた。 ( ) 市外から横浜市内に転入する予定がある。</p>								
<p>(2) 希望及び検討したい学級・校種について ※ 該当の項目に必ず○をつけてください。 複数選択可</p> <p>※「個別支援学級」のみを希望する場合、一定の条件を満たせば、当センターに来所せずに、入級できることがあります。詳しくは各学校までご相談ください。</p>	<p>( ) 一般学級 ( ) 個別支援学級 ( ) 通級指導教室 (情緒・難聴・言語・弱視) ( ) 特別支援学校 (知的障害・肢体不自由・ろう・盲) 〔国立・私立の特別支援学校の受験予定 なし・あり〕</p> <p>※ 見学した学校があればお書きください。 ( )</p>								
<p>(3) 相談時に本人及び保護者の通訳が必要な場合は、○をつけてください。</p>	<p>( ) _____語の通訳 (本人・保護者) ( ) 手話通訳 (本人・保護者)</p>								
<p>(4) 特別支援教育総合センターでお子さんの相談をされたことはありますか。</p>	<p>ない ・ ある ( _____年 _____月頃) ※ 改姓された方は旧姓をお書きください。( )</p>								
<p>(5) 特別支援教育総合センター以外で発達検査(IQ値のわかるもの)を受けた経験はありますか。 ▶ お手元に紙面で発達検査結果がある場合は、申込書と一緒にコピーしたものを送付してください。(参考にさせていただきます) ※ 申込み後に発達検査を受けた場合は、必ず相談前にセンターへ連絡してください。</p>	<p>ない ・ ある</p> <table border="1"> <tr> <td>実施機関</td> <td></td> </tr> <tr> <td>最近の検査実施日</td> <td>_____年 _____月頃</td> </tr> <tr> <td>検査名</td> <td>田中ビネーV ・ WISC-IV その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td>(IQの数値など)</td> </tr> </table>	実施機関		最近の検査実施日	_____年 _____月頃	検査名	田中ビネーV ・ WISC-IV その他 ( )	実施結果	(IQの数値など)
実施機関									
最近の検査実施日	_____年 _____月頃								
検査名	田中ビネーV ・ WISC-IV その他 ( )								
実施結果	(IQの数値など)								
<p><b>今後発達検査を受ける予定</b></p>	<table border="1"> <tr> <td>令和 _____年 _____月</td> <td>実施機関</td> <td>検査名</td> </tr> </table>	令和 _____年 _____月	実施機関	検査名					
令和 _____年 _____月	実施機関	検査名							
<p><b>【同意欄】 必ず記入してください。</b> ※ 資料は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。</p> <p>1 療育センター・児童相談所へ検査結果を請求することについて ( 同意する ・ 同意しない ) また、必要に応じて当センターでの検査結果を提供することについて ( 同意する ・ 同意しない )</p> <p>2 関係機関の検査結果を用いて当センターで今回相談することについて ( 同意する ・ 同意しない )</p> <p>令和 _____年 _____月 _____日 保護者名 _____</p>									

◎ 手帳について (お持ちであればお書きください。)

<p>愛の手帳 (療育手帳)</p>	<p>初回の交付年月日 平成・令和 _____年 _____月 判定 ( _____ ) 現在の交付年月日 平成・令和 _____年 _____月 判定 ( _____ ) 更新予定年月日 平成・令和 _____年 _____月</p>
<p>身体障害者手帳</p>	<p>初回の交付年月日 平成・令和 _____年 _____月 _____種 _____級 (※ _____ ) 現在の交付年月日 平成・令和 _____年 _____月 _____種 _____級 (※ _____ ) 更新予定年月日 平成・令和 _____年 _____月 (※ _____) には「視覚障害」「聴覚障害」「肢体不自由」など、種別をお書きください。</p>
<p>精神障害者 保健福祉手帳</p>	<p>初回の交付年月日 平成・令和 _____年 _____月 _____級 現在の交付年月日 平成・令和 _____年 _____月 _____級 更新予定年月日 平成・令和 _____年 _____月</p>

**相談申込一様式 1**

◎ 医療等の関係機関について

今まで相談主訴に関わる医療機関などを利用したことが（ ある ・ ない ）

<p>相談主訴に関わる 関係医療機関名</p> <p>（療育センターなどを含め お書きください。）</p>	
<p>診断名 （診断年月）</p>	<p>例 自閉症スペクトラム（令和元年〇月）</p>
<p>服 薬</p> <p>（薬名や服薬回数など）</p>	
<p>【これまでの療育経過】</p>	<p>例 平成〇年〇月 〇〇地域療育センター 通園 例 平成〇年〇月 〇〇クリニック 受診</p>
<p>【今後の療育予定】</p>	<p>例 令和〇年〇月 〇〇地域療育センター 受診予定 例 令和〇年〇月 〇〇クリニック 受診予定 例 令和〇年〇月 手帳更新のため〇〇児童相談所 来所予定</p>

◎ 一緒に生活されている方の□にチェックを入れてください。

□父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □その他 【例】兄  
 （人）（人）（人）（人）（ ） （2人）

**相談申込一様式1**

◎お子さんの生育について（母子手帳等を参考にわかる範囲でお書きください。）

(1) 妊娠期間は何週でしたか。	週
(2) 出産時の体重は何グラムでしたか。	グラム
(3) 首がすわった時期はいつですか。	歳 か月
(4) つかまり立ちをした時期はいつですか。	歳 か月
(5) ひとり歩きをした時期はいつですか。	歳 か月
(6) 尿意を教え始めた時期はいつですか。	歳 か月
(7) オムツが完全にとれた時期はいつですか。	歳 か月
(8) 大きな病気にかかったことがありますか。	歳 か月(病名 )
(9) けいれんの経験がありますか。	歳 か月 (予後 )
(10) 脳波検査を受けたことがありますか。	ある ( 歳頃) ・ ない
(11) 長期入院したことがありますか。	歳 か月(病名 )
(12) 1歳6か月児健診で指摘されたことがありますか。	ある ・ ない
(指摘された内容_____)	
(その後の対応_____)	
(13) 3歳児健診で指摘されたことがありますか。	ある ・ ない
(指摘された内容_____)	
(その後の対応_____)	
(14) あてはまるものに○をつけてください。	
① アレルギー体質	② ぜんそく
③ 下痢をしやすい	④ 便秘をしやすい
⑤ 吐きやすい	⑥ よく頭痛を訴える
⑦ 熱を出しやすい	⑧ 風邪をひきやすい
⑨ 耳鳴りを訴えることがある	
その他、気になることがあればお書きください。	



◎ お子さんの現在の様子について

身辺処理	食 事	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		偏食	ない・ある ( )
		アレルギー	ない・ある ( )
		食事形態	通常食・きざみ・ミキサー・その他 ( )
くわしくお書きください。			
身辺処理	着替え	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		くわしくお書きください。	
		自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
身辺処理	排 泄	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		くわしくお書きください。	
		自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
ことば (表出)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 発声程度 ・ 発声なし		
	話し始めの時期 (「ママ」「ブーブー」など)	歳	月
	二～三語文の表出がみられた時期	歳	月
	現在の話し言葉で気になりますか。	ある	・ ない
	ことば (表出) の様子についてくわしくお書きください。		
ことば (理解)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 難しい		
	本人へ伝えるために工夫されていることなどをお書きください。		
日本語以外の言語で生活経験はありますか？ ( なし ・ あり )			
<b>ある場合</b> → ・生活期間 ( 歳～ 歳) ・日本語でのコミュニケーションの状況をお書きください。 [ ]			

相談申込一様式 1

移動面	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助		
	移動の様子や配慮が必要なことがあればお書きください。		
集団活動	参加可能 ・ 部分参加（支援があれば参加できる） ・ 難しい		
	「部分参加（支援があれば参加できる）」「難しい」に○を付けた場合は、 具体的な状況をお書きください。		
視力	視力	裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	眼鏡使用 ある ・ ない
	色覚異常	ある ・ ない	
	斜視	ある ・ ない	
	疾病等		
	その他、気になることがあればお書きください。		
聴力	正常・難聴	裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	補聴器装用 ある ・ ない 人工内耳装用 ある ・ ない
	その他、気になることがあればお書きください。		
利き手	右利き ・ 左利き ・ 未確立		
医療的ケア	あればお書きください。		
好きなこと 興味をもって いること	具体的にお書きください。		
得意なこと 長所など	具体的にお書きください。		

**相談申込一様式1**

お子さんの現在の様子について気になる行動が **ない** ・ **ある**

**ある** の場合は以下の項目のあてはまるものに○をつけてください

① 視線が合いにくい。	ある ・ 時々ある
② 人見知りがある。	ある ・ 時々ある
③ 場にそぐわない大きな声を出すことがある。	ある ・ 時々ある
④ 漢字・マーク・駅名など特定のものだけを覚える。	ある ・ 時々ある
⑤ 動きが激しく落ち着かず思ったらすぐに行動する。	ある ・ 時々ある
⑥ 自分の身体の一部を叩いたり、噛んだりする。	ある ・ 時々ある
⑦ 食べ物以外のものを口に入れる。	ある ・ 時々ある
⑧ 指示や禁止が分からない。	ある ・ 時々ある
⑨ 周囲の様子に合わせて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑩ 場所や変化に応じて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑪ 手のひらや紙などをひらひらさせる。	ある ・ 時々ある
⑫ 特定の物や事柄へのこだわりがある。 (どのようなものですか?)	ある ・ 時々ある
⑬ 不器用である。	ある ・ 時々ある
⑭ ひとりごとや相手の言った言葉を繰り返す。	ある ・ 時々ある
⑮ 攻撃的である。	ある ・ 時々ある
⑯ 感覚の過敏さ (どのようなものですか?)	ある ・ 時々ある

◎ 相談したいことや気になることをお書きください。

※ 本申込書は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。