

面接票

児童・生徒氏名： _____ 担当者（相談室記入） _____

現在の様子 ☆家庭や園・学校で ・困っていること ・気になることなど 相談を受ける理由	
---	--

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>	服薬	①薬剤名：	(朝・昼・夕・晩)
			②薬剤名：	(朝・昼・夕・晩)
	③薬剤名：		(朝・昼・夕・晩)	
	④薬剤名：		(朝・昼・夕・晩)	
アレルギー <あり・なし>				
医療的ケア <あり・なし>	内容	吸引 ・ 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ 導尿 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： _____

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・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： _____

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

--