

教育相談票A 様式① 基本情報

記入例

記入年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	記入者	船岡 さくら		
	平成 年 月 日	記入者			
	平成 年 月 日	記入者			
(ふりがな) 生徒氏名	(ふなおか はなこ) 船岡 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生		
現住所	〒[○○○-○○○○] Tel [0224-○○-○○○○] 柴田郡柴田町○丁目○番○号 船岡アパート○号室				
本籍	東京都目黒区緑が丘○丁目○番○号				
(ふりがな) 保護者氏名	(ふなおかたろう) 船岡 太郎	続柄 父	職業及び勤務先 会社員 船岡電気(株) 仙台支店 Tel [022-○○○-○○○○]		
緊急連絡先	① [母携帯] 090-○○○-○○○	保種類	社保○○○○○○○○○		
	② [父携帯] 090-○○○-○○○	險記号・番号	○○○○○○○○○・○○○		
	③ [祖母携帯] 090-○○○-○○○	証 保険者	全国健康保険協会○○支部		
		扶助(<input checked="" type="radio"/> 生活 <input checked="" type="radio"/> 教育 <input checked="" type="radio"/> 医療)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
診断名	二分脊椎	平○年 ○月 機関名 仙台市赤十字病院			
		平○年 ○月 機関名 東北大学附属病院			
身体障害者手帳	番 号	東京都○○○○号	療 番 号	宮城県○○○号	
	交付年月日	平成○年○月○日	交付年月日	平成○年○月○日	
	障 害 名	脳性麻痺による両上肢機能障害及び移動障害	手 最新交付日	平成○年○月○日	
	級・種	1級 1種	帳 判 定	A (B) ((中)・軽)	
重度心身障害児者医療費助成申請証 番号 (○○○○○)					
家族構成	氏 名	年令	続柄	同居・別居	職業・勤務先 学校名・学年
	船岡 太郎	○○	父	同居	会社員 船岡電気(株) 仙台支店
	船岡 さくら	○○	母	同居	パート 船岡スーパー
	船岡 もみじ	○○	姉	別居	会社員 船岡ネット(株)
	船岡 次郎	○○	次男	同居	船岡南中学校 2年
	船岡 うめ	○○	祖母	同居	無職
自宅近辺の地図	* 自宅近辺の目標物となるところから略図をご記入ください。 * 地図を添付していただいても結構です。				
通学生			寄宿舎生		
自力通学	主に[]が送迎		主に[母]が送迎		
※家庭状況等で伝えておきたいこと 祖母に持病があり、定期通院の介助は家族が行っています。					

教育相談票A 様式② 生育歴、療育、医療、福祉の状況

氏名 船岡 花子

項目	内容
生育歴	・母体の健康 異常無・ 有 (中毒症) ・分娩 異常無・ 有
	・つわり 異常無 ・有() (仮死 黄疸 その他: 切迫早産)
	・胎位 異常無・ 有 () 体重 1500 g 週数 29 週出産
	出生時における特記事項 出血があり、個人病院に3ヶ月入院し、板橋区民病院に転院。29週で出産。1ヶ月半保育器で過ごす。

療育・治療歴(手術・入院等)及び教育歴

療育・治療の経過(上段)	板橋区民病院に60日入院。	拓桃で手術, リハビリ。
教育歴(下段)	0歳 1 2 3 4 5 6歳	あさひ園にて訓練。
	1 2 3 4 5 6 中1 2 3	板橋区立ひまわり幼稚園 板橋区立第二小学校 柴田町立桜小学校 拓桃支援学校小・中学部 船岡桜中学校

○出生児の様子, 発病の時期と状態, 治療・訓練などの経過を, 詳しくご記入ください。

※病院名や支援機関名などもご記入ください。

- ・生後6ヶ月の時にけいれん発作を起こし, てんかんの診断を受ける。その後も首の座りが遅く, 拓桃医療療育センターを紹介され脳性まひと診断された。
- ・1歳頃, 首が座らない, 足のつっぱりがあるなどのため, 東西病院に通院。あさひ園を紹介される。
- ・平成〇年より, あさひ園にて月2回の訓練開始。
- ・平成〇年, 東西病院にて脳性まひと診断される。
- ・平成〇年転居。5月拓桃医療療育センターに入所。
- ・平成〇年6月左足手術。翌年3月退院。(〇〇Dr.)

※居住地校...

発達検査の状況	平成 〇年 〇月 検査機関: 中央児童相談所 検査名: WISC-III
	結果: 言語性IQ: 〇〇 動作性IQ: 〇〇 全検査IQ: 〇〇
地域とのかかわり	平成 年 月 検査機関: 検査名:
	結果:
	保健機関名: 柴田町健康推進課 担当保健師名: 〇〇さん
	(福祉) 課 担当者名: 〇△さん
	支援センター名: 相談事業所〇× 相談員名: △〇さん
	福祉サービス利用名称: 日中一時支援
利用事業所名: 〇〇センター 4回/月ぐらい 土 曜日	
福祉サービス利用名称: 短期入所	
利用事業所名: △▽病院 1回/月 曜日 家事都合時	

その他の特記事項

※障害程度区分(高等部卒業時記入)...

教育相談票A 様式③ 身体 の 状況

氏 名 船岡 花子

身体に関する事項					
疾病名 (障害名以外のもの)	脳性まひ てんかん				
緊急時搬送してほしい病院	無・ <input checked="" type="radio"/> [○△病院]				
平 熱	○○.○度			血液型	0型 Rh <input checked="" type="radio"/> -
医療的ケア	無・ <input checked="" type="radio"/> [痰の吸引]				
上 肢	緊張が強い。あぐら座位の時に最も効果的に上肢を動かすことができる。				
右・左・両	※使用している装具・・・				
下 肢	常時車椅子利用。立位は不可。ずりばいできる。				
右・左・両	※使用している装具・・・ 短下肢装具				
姿 勢	よりかかりの座位	<input checked="" type="radio"/> よりかかりなしの座位	つかまり立ち	ひとり立ち	
	側わんがある。				
発音・発語	発音が不明瞭で聞き取りにくい。				
視 覚	近視のため眼鏡使用。				
聴 覚	異常なし。				
呼 吸	夜間にバイパップを使用。				
アレルギー	種 類	アレルギー性鼻炎 じんましん アトピー性皮膚炎			
	アレルギー	ハウスダスト 牛乳 卵			
[無・ <input checked="" type="radio"/>	対 応	できるだけ掃除をする。アレルギーの食物をとらない。状態がひどい場合は服薬。			
発 作	頻 度	2～3回/日			
	発作の様子	びくつき			
[無・ <input checked="" type="radio"/>	対 応	数秒で治まるてんかん発作の場合は様子を見るだけでよいが、5分以上続いたり、重積して起こった場合には救急車で○△病院へ。			
(女子) 月経	初経未	<input checked="" type="radio"/> 初経有り (14才)	<input checked="" type="radio"/> 規則的	<input type="radio"/> 不規則	
治療や訓練に関する事項					
病院名	拓桃医療療育センター	拓桃医療療育センター	○△病院	△○病院	××病院
主治医・訓練士名	○○医師	□□医師	○△医師	△○医師	××医師
診療科	整形外科	訓練	小児科	泌尿器科	眼科
頻 度	1回/3～4ヶ月	1回/3～4ヶ月	1回/2ヶ月	1回/2ヶ月	1回/1年
服 薬 <input checked="" type="radio"/> 無 ※薬についての説明書等の添付でも可。					
薬の名前	テグレトール フェノバル	ラキソベロン	ザジテン点眼薬	ダイアアップ	
何の薬か	抗てんかん薬	下剤	アレルギー薬	抗けいれん剤	
服用回数	<input checked="" type="radio"/> 朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夜 その他 ()	朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夜 その他 ()	朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夜 <input checked="" type="radio"/> その他 (4回/日)	朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夜 <input checked="" type="radio"/> その他 (大発作時)	朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夜 その他 ()
いつから	平成 年 月～	平成 年 月～	平成 年 月～	平成 年 月～	平成 年 月～
病院名	○△病院	○△病院	××病院	○△病院	
既往症及び予防接種					
麻疹 (はしか)	○歳、○歳 (罹患 <input checked="" type="radio"/> 接種)	ぜんそく			歳
水痘 (水ぼうそう)	○歳 (罹患 <input checked="" type="radio"/> 接種)	肺炎			歳
風疹	○歳、 歳 (罹患 <input checked="" type="radio"/> 接種)	気管支炎			歳
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	○歳 (罹患 <input checked="" type="radio"/> 接種)	心臓病：心房中隔欠損症			0 歳
自家中毒	歳	腎臓病：ネフローゼ症候群			7 歳
健康上の特記事項					
※日常生活における配慮事項や医師の指示事項、緊急時の対応などをご記入ください。					
体温調節が難しいのでこまめな調節をお願いしたい。					

教育相談票A 様式④ 生活の状況

記入例

氏名

項目	内容	支援について	介助方法・補助具の使用・その他		
食事	食物の形状	一人で可 ・ <input checked="" type="radio"/> 要支援	普通食 <input checked="" type="radio"/> 刻み食・ミキサー食・特別食 (はさみ <input checked="" type="radio"/> フードプロセッサ) (経管栄養等)		
	水分の飲み方	一人で可 ・ <input checked="" type="radio"/> 要支援	通常・コップ・ <input checked="" type="radio"/> ストロー・経管		
	道具	はし <input checked="" type="radio"/> スプーン <input checked="" type="radio"/> フォーク 補助具()			
	姿勢	椅子・車椅子 <input checked="" type="radio"/> その他(クッションチェア)			
	むせや誤嚥	<input checked="" type="radio"/> 経験有・無・不明			
	食事時のむせの回数・様子 誤嚥があったときの状況				
	食事時間	60 分 程度			
	食事の量(給食1食分)	ほぼ完食 半分位 4分の1位 その他()			
	食物アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有(そば 小麦粉)・無			
	学校給食における摂食指導について感じていること、要望などがあれば書いてください。				
	主治医の意見等 ※ これまでに主治医の指導を受けたことがある場合にお書きください。	指導を受けた年月(平成 年 月)	誤嚥検査 有() 無(<input checked="" type="radio"/>)		
		※主治医の指示書 有(<input checked="" type="radio"/>) 無()			
		形状:ミキサー食			
介助の方法:抱っこをして,なるべく水平にした状態。					
排せつ	尿意・便意の有無	有・無 <input checked="" type="radio"/> 不明	オムツの使用	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	排せつの知らせ方				
	排尿回数	7回/日	排便回数	1回/日	
	洋式トイレの使用	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援	・便座に座って排せつできるときもあるので,便座に定時で座らせている。ただし,落ちないように見守りが必要である。ズボンを持たせれば自分で上げることができる。和式トイレは使用できない。		
	(男子)小便器の使用	可・要支援			
	(女子)生理の処理	可・要支援			
	用便後のふき取り	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	ズボン等の上げ下ろし	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	手洗い	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
その他(尿器使用等)					
移動	平地歩行	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援	※クラッチ… 要・不要		
	階段歩行	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	車椅子移動	<input checked="" type="radio"/> 要支援・不要			
	車椅子移乗	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
衣服の着脱	下着・上着・ズボン・スカート	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	ボタンかけ	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	ファスナーの上げ下ろし	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	靴下・靴履き	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	靴ひも結び	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
入浴	洗面・顔ふき	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	浴槽の出入り	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	洗体	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	洗髪	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	タオルしぼり	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
睡眠	就寝時間	<input checked="" type="radio"/> 規則 <input checked="" type="radio"/> 不規則	23:00~7:00 (22:00くらいに寝せても寝付きが悪い。)		
その他	爪切り	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	歯磨き・うがい	可・ <input checked="" type="radio"/> 要支援			
	(男子)ひげそり	可・要支援			

教育相談票 A 様式⑤ 生徒の様子・願い

氏名

船岡 花子

項目	内容
性格	明るくいつもにこやかに過ごしている。 何事も真面目に取り組む。
好きなこと 興味・関心	音楽鑑賞。 アイドルに興味がある。
苦手なこと	初めて行く場所，初めて行う活動には緊張してなかなか取り組むことができない。
コミュニケーション 対人関係	話をするときに時間が掛かる。話し掛けられた内容はほぼ理解できる。 社交的で，誰とでも仲良くできる。
配慮すること	初めて行うことに抵抗を示すので，事前に知らせてほしい。

本人・保護者の願い

本人の 願い	現在	※在学中の願いについて健康面・コミュニケーション面・情緒面等についてできるだけ具体的にご記入ください。 ※「保護者の欄に同じ」でも可。	
	卒業後	生活	※家庭や地域での生活についての願いを，できるだけ具体的にご記入ください。
		余暇	
		進路	
保護者の 願い	現在		
	卒業後	生活	※家庭や地域での生活についての願いを，できるだけ具体的にご記入ください。
		余暇	
		進路	