

保護者様

横浜市特別支援教育総合センター
就学相談（新小学校1年生）・教育相談（現在小学校1年生～中学校3年生）
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な事項を記入の上、下記を参考にお申し込みください。

「就学相談」・・・電子申請、または直接郵送

「転入予定」・・・直接郵送

「教育相談」・・・学校経由

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かまいません。相談の主訴については必ず記入し、お子さんの生育歴などは、わかる範囲でご記入ください。 **なお、申込書類は返却することはできません。**
- ・他機関で1年以内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。
- ・申込み後に、他機関にて発達検査を受けた場合は、必ず相談前にセンターに連絡してください。
- ・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用紙でご提出ください。**



切り取って封筒に貼り付けてお送りいただいても構いません

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

ご担当者様 宛

就学相談申込用紙在中

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（新小学校1年生）及び

教育相談（現在小学校1年生～中学校3年生） 申込書

受付印

記入日 令和 7 年 6 月 10 日

令和7年度版

令和7年1月更新

【記入しないでください】

記入者氏名 特総 太郎

お子さんとの関係 (父) 母・その他 ()

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・令和 元年 6月 6日 西暦 2019 年 6月 6日 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	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	
転居予定	無・(有)→時期(R7年12月) 予定住所(横浜市中区)		
電話番号	*優先順に番号をお書きください。 ①(080-〇〇〇〇-●●●●)【父・(母)・その他()】 ②(045-●●●●-〇〇〇〇)【父・母・(その他) (自宅)】		
相談日として 都合の悪い 曜日・時間帯	相談日(平日)の(都合の悪い)曜日と時間をお書きください。 月曜日のAM ※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>

幼稚園 保育園等	・(トクソウ保育園) (月) 火 (水) 木 (金) 土
療育 センター 等	・(〇〇地域療育)センター 月・(火) 水・(木) 金・土)・外来 ・児童発達支援事業所 (土) 曜日利用 (〇〇〇)
居住区の 学校名	(〇〇〇) (小学校) 義務教育学校 居住地の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(現在小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
進学予定先	*小学校6年生のみ、ご記入ください。 () 中学校
※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 〇〇先生
進学予定先	*小学校6年生のみ、ご記入ください。 (トクソウ) 中学校
※通級指導教室の利用	(あり・なし)
(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

1 相談の内容について

<p>(1) 相談の目的 ※ 該当の () に○をつけてください。 ※ 該当の口をチェックをつけてください。</p>	<p>【就学相談】(新小学校 1 年生の方) (○) 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 () (口居住区の学校・口療育機関・<input checked="" type="checkbox"/>幼稚園,保育園等・口その他)に相談を勧められた。 【教育相談】(現在小学 1 年生～中学校 3 年生に在学中の方) (○) 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) 検討したい学びの場 ※ 該当の項目に○をつけてください。 (複数選択可) ※ 個別支援学級・通級指導教室・特別支援学校のいずれかには、必ず○をつけてください。</p>	<p>(○) 個別支援学級 () 一般学級+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) 〔国立等・私立等の特別支援学校等の受験予定 (なし)・あり〕</p> <p>※ 見学した学校があればお書きください。 ()</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>通級指導教室及び特別支援学校を検討する場合は障害種学校種に○を付けてください</p> </div>								
<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。 ※ 該当の口をチェックをつけてください。</p>	<p>(○) 英語の通訳(本人・<u>保護者</u>) 本人の日本語力 □かなりできる <input checked="" type="checkbox"/>少しできる □全くできない □不明 保護者日本語力 □かなりできる □少しできる <input checked="" type="checkbox"/>全くできない □不明 () 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><u>ない</u>・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、知能検査や発達検査を受けた経験はありますか。 (IQ値・DQ値のわかるもの) ▶ 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、必ず相談前に特総センターへ連絡してください。</p>	<p>ない・<u>ある</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">実施機関</td> <td>○○地域療育センター</td> </tr> <tr> <td>最近の検査実施日</td> <td>令和 3 年 5 月頃</td> </tr> <tr> <td>検査名</td> <td><u>田中ビネーV</u> WISCIV/V・新版K式 その他()</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td>IQ○○ (IQ・DQの数値など)</td> </tr> </table>	実施機関	○○地域療育センター	最近の検査実施日	令和 3 年 5 月頃	検査名	<u>田中ビネーV</u> WISCIV/V・新版K式 その他()	実施結果	IQ○○ (IQ・DQの数値など)
実施機関	○○地域療育センター								
最近の検査実施日	令和 3 年 5 月頃								
検査名	<u>田中ビネーV</u> WISCIV/V・新版K式 その他()								
実施結果	IQ○○ (IQ・DQの数値など)								
<p>今後発達検査を受ける予定</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">令和 <u>7</u> 年 <u>0</u> 月</td> <td style="width: 30%;">実施機関 ○○児童相談所</td> <td style="width: 40%;">検査名 田中ビネーV</td> </tr> </table>	令和 <u>7</u> 年 <u>0</u> 月	実施機関 ○○児童相談所	検査名 田中ビネーV					
令和 <u>7</u> 年 <u>0</u> 月	実施機関 ○○児童相談所	検査名 田中ビネーV							
<p>(6) 学びの場について相談したいこと(お子さんの行動など気になっていることをお書きください)</p> <p>就学後の.....が心配なため、就学先について相談したい。</p> <p>学習面の遅れが心配。このまま一般学級で大丈夫か.....</p>									

【検査に関する同意欄】必ず記入してください。

※ 資料は、「横浜市個人情報保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。
※ 今回の相談で該当しない場合も、ご記入ください。

- 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特総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 7 年 6 月 10 日 保護者名 特総 太郎

相談申込一様式1

2 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 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月	判定 (<u> A 2 </u>)
	現在の交付年月日	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月	判定 (<u> A 2 </u>)
	更新予定年月日	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 4 年 <input type="checkbox"/> 月	
身体障害者 手帳	初回の交付年月日	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月	<u> 1 </u> 種 <u> 3 </u> 級 (※ <u> 肢体不自由 </u>)
	現在の交付年月日	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月	<u> 1 </u> 種 <u> 3 </u> 級 (※ <u> 肢体不自由 </u>)
	更新予定年月日	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 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	

3 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)

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。)	例 ○○クリニック、○○療育センター ○○県立○○病院 ○○地域療育センター
診断名 (診断年月)	例 自閉スペクトラム症 (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 令和〇年〇月 ○○地域療育センター 通園開始 例 令和〇年〇月 ○○クリニック 初診 平成〇年 〇月 県立○○病院 受診 令和〇年 〇月 ○○地域療育センター 受診 (週3日通園開始) 令和〇年 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 ○○地域療育センター 令和〇年〇月 発達検査を受ける予定 令和〇年〇月 フィードバック予定 例 手帳更新のため○○児童相談所 令和〇年〇月 来所予定 ○○地域療育センター 令和〇年〇月 発達検査を受ける予定 令和〇年〇月 フィードバック予定 手帳更新のため○○児童相談所 令和〇年〇月 来所予定 発達検査を受ける予定

4 同居家族について（一緒に生活されている方にチェックを入れてください。）

父 母 兄 姉 弟 妹 その他 (祖母) 【例】 兄 (2人)

相談申込一様式1

5 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。	<u>ある</u> （ 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。	<u>ある</u> ・ 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。	<u>ある</u> ・ 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。（複数可）		
① アレルギー体質	<u>② ぜんそく</u>	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
<u>⑦ 熱を出しやすい</u>	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。		

6 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 ()	
<p>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。</p>		
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。 周囲が気になり、時間が掛かる。	
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 ・ 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ることがありますか。	ある ・ ない
<p>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。</p>		
ことば (理解)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 難しい	
	<p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>日本語以外の言語で生活経験はありますか？(なし ・ あり) 【 英 】語</p> <p>ある場合→ ・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。</p> <p>【 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。 】</p>		

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。 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 ・ 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。 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 ・ 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。 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 ・ 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。 測定していない		
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。 「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 **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。	<input checked="" type="radio"/> ある	・ 時々ある
② 人見知りがある。	<input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ある	・ 時々ある
④ 漢字・マーク・駅名など特定のものへの興味が強い。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑦ 食べ物以外のものを口に入れる。	<input checked="" type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑧ 指示や禁止が分からない。	<input type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑨ 周囲の様子に合わせて行動できない。	<input type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑩ 場所や変化に応じて行動できない。	<input type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑪ 手のひらや紙などをひらひらさせる。	<input type="radio"/> 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? ○○○○)	<input checked="" type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑬ 不器用である。	<input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑮ 攻撃的である。	<input type="radio"/> ある	・ 時々ある
⑯ 感覚の過敏さがある。 (どのようなものですか?)	<input checked="" type="radio"/> ある	・ 時々ある

⑰ その他（自由記述欄）

困ったことがあると、その場から動かなくなる。
困っていてもにこにこして、周囲に気付かれにくい。

※ 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

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
---	---	---	----

--

就学相談（新小学校1年生）及び
教育相談（現在小学校1年生～中学校3年生） 申込書

受付印
【記入しないでください】

記入日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____

お子さんとの関係 父・母・その他（ ）

令和7年度版
令和7年1月更新

フリガナ	
お子さんの氏名	生年月日 平成・令和 年 月 日 西暦 20 年 月 日 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	*優先順に番号を ①（ ）【父・母・他（ ）】 お書きください。 ②（ ）【父・母・他（ ）】
相談日として ご都合の悪い 曜日・時間帯	相談日（平日）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(現在小学1年～中学3年)の方＞

幼稚園 保育園等	・（ ） （月・火・水・木・金・土）
療育 センター 等	・（ ）センター （月・火・水・木・金・土）・外来 ・児童発達支援事業所（ ）曜日利用 （ ）
居住区の 学校名	（ ）小学校 義務教育学校 居住地の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 _____
進学予定先	*小学校6年生のみ、ご記入ください。 （ ） 中学校
※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

1 相談の内容について

<p>(1) 相談の目的 ※ 該当の () に○をつけてください。 ※ 該当の□にチェックをつけてください。</p>	<p>【就学相談】(新小学校1年生の方) () 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 () (口居住区の学校・口療育機関・口幼稚園、保育園等・口その他)に相談を勧められた。 【教育相談】(現在小学校1年生～中学校3年生に在学中の方) () 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) 検討したい学びの場 ※ 該当の項目に○をつけてください。 (複数選択可) ※ <u>個別支援学級・通級指導教室・特別支援学校のいずれかには、必ず○をつけてください。</u></p>	<p>() 個別支援学級 () 一般学級+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) [国立等・私立等の特別支援学校等の受験予定 なし・あり] ※ 見学した学校があればお書きください。 ()</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>通級指導教室及び特別支援学校を<u>検討する</u>場合は障害種学校種に○を付けてください</p> </div>								
<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。 ※ 該当の□にチェックをつけてください。</p>	<p>() _____語の通訳(本人・保護者) 本人の日本語力 □かなりできる □少しできる □全くできない □不明 保護者日本語力 □かなりできる □少しできる □全くできない □不明 () 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、<u>知能検査や発達検査を受けた経験</u>はありますか。 (IQ値・DQ値のわかるもの) ➡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) ※<u>申込み後に発達検査を受けた場合は、必ず相談前に特総センターへ連絡してください。</u></p>	<p>ない・ある</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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>田中ピナー-V・WISCIV/V・新版K式 その他()</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td>(IQ・DQ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	田中ピナー-V・WISCIV/V・新版K式 その他()	実施結果	(IQ・DQの数値など)
実施機関									
最近の検査実施日	_____年_____月頃								
検査名	田中ピナー-V・WISCIV/V・新版K式 その他()								
実施結果	(IQ・DQの数値など)								
<p>今後発達検査を受ける予定</p>	<p>令和_____年_____月</p>	<p>実施機関</p>	<p>検査名</p>						
<p>(6) 学びの場について相談したいこと(お子さんの行動など気になっていることをお書きください)</p>									

【検査に関する同意欄】必ず記入してください。

※ 資料は、「横浜市個人情報保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。
 ※ 今回の相談で該当しない場合も、ご記入ください。

- 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特総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_____年_____月_____日 保護者名 _____

相談申込一様式1

2 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	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	
身体障害者 手帳	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。					
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	

3 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 ）

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。)	例 ○○クリニック、○○療育センター
診断名 (診断年月)	例 自閉スペクトラム症(令和元年○月)
服薬 (薬名や服薬回数など)	
【これまでの療育経過】	例 令和○年○月 ○○地域療育センター 通園開始 例 令和○年○月 ○○クリニック 初診
【今後の療育予定】	例 ○○地域療育センター 令和○年○月 発達検査を受ける予定 令和○年○月 フィードバック予定 例 手帳更新のため○○児童相談所 令和○年○月 来所予定

4 同居家族について（一緒に生活されている方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

5 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。（複数可）	
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。	

6 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。			
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。		
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。		
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) 【 () 語 ある場合 → ・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（ ）
	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（ ） 補聴器装用 ある ・ ない
		矯正 右（ ） ・ 左（ ） 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。※必要に応じて別紙添付可	
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への興味が強い。	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 感覚の過敏さがある。 (どのようなものですか?)	ある ・ 時々ある
⑰ その他 (自由記述欄)	

※ 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。