**１　寿台養護学校・松ろうキャンパス・あゆみ部・院内教室対象生**

**（病弱・虚弱教育部門・重度重複障害教育部門）**

**教 育 相 談 ・学校見学申込書**

**➀別紙「教育相談カード」【保護者記入用】・【学校記入用】と一緒に「寿台養護学校教育相談専任」まで**

**お申し込みください。**

**②個人情報保護のため、郵送にてお送りください。**

**③宛先　〒３９９－００２１**

長野県松本市大字寿豊丘811‐88長野県寿台養護学校　　教育相談専任宛

**記入日　西暦　　　　　年　　　月　　　　日（　　　　）**

**園・学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　申し込み担当者職・氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| 園・学校住所及び連絡先 | 〒TEL　　　　　（　　）　　　　　FAX　　　　　（　　）　　　　　 |

**対象児・生情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な児童・生徒氏名（性別） | 学年 | 生年月日 | （続柄） | 担任名 |
| 　　　　　　　　　　　　　（男・女） |  |  |  |  |
| 自宅住所　〒（自宅）TEL　　　　―　　　　―　　　　（携帯）　　　　　―　　　　―　　　　（どなたの　　　） |
| 教育相談を申し込む理由診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　Ｈｐ　　　　　　　　　　Ｄｒ　　　　　　　　　理由： |
| 教育相談・学校見学希望日＊まず、教育相談専任が学校・園等へ訪問させていただきます。教育相談　第一希望　　月　日（　　）　：　　～　　　第二希望　　月　日（　　）　　：　　～　　　　　　学校見学第一希望　　　　　月　　　日（　　）　　　　第二希望　　　月　　　日（　　）　　　　　　参加予定者（○をつけてください）本人　　保護者（　母　・　父　）　　担任　　特支Ｃｏ　　　その他　　　　　　　　　　　　　　＊学校関係者の同行をお願いします。希望部(○をつけてください）　小学部　　中学部　　高等部　　あゆみ部　　　院内教室 |

学校見学　日程例（具体的な日程は、相談しながら調整して実施）

１－①



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 小学部 | 中学部・高等部 | あゆみ部 | 院内教室 |
| 来校　学校概要説明担当主任懇談学校見学該当部の授業参観質疑、まとめ下校 | １０：２５１０：５０１１：４０１２：００ | １０：２５１０：５０１１：４５１２：００ | １０：１０１０：２０１１：００１１：１５ | １０：２０１０：３０～１１：１５１１：３０ |

**寿台養護学校・松ろうキャンパス・あゆみ部・院内教室対象生　教育相談（学校見学）カード**

**【保護者記入用】**※教育相談の申し込みの際に、園または学校を通じて一緒に郵送してください。

※相談担当職員が保管して、必要がなくなったと判断した時点で、適切に廃棄させていただきます。

記入日　西暦　　　　　　年　　　月　　　日

１－②

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)児生氏名 |  | 性 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦　 　年　　 月　　 日（　　歳） |
|  |
| 保護者名 |  | 続柄 | 父（長女）　　　　（　　　） | 保護者の職業 |  |
| 現 住 所 | 〒（自宅）TEL　　　―　　　―　　　（携帯）　　　　―　　　　―　　　（どなたの　　） |
| 家族構成 |  |
| 診 断 名 |  | 医療機関名主治医 |  |
| 医療機関等で実施した発達検査 | 有　　無 | 検 査 名実施時期結果等 |  |
| 身体障害者手帳療育手帳精神保健手帳 | 身体障害者手帳 | 有　 無 | 種　　　　級 |
| 療 育 手 帳 | 有　 無 | Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　 |
| 精神保健手帳 | 有　 無 | 　　　　　　級 |
| 学校名　学年担任氏名 | 　年　　　組 | 学校住所 | 〒電話（　　－　　　）FAX（　　－　　　　） |
| 教育相談を申し込んだ理由・保護者の考え・本人の希望 |
|  |
| 現在の病状、生活規制等　　病弱・虚弱教育特別支援学校への就学等のニーズがわかる内容を記述。 |
|  |
| 通院、服薬、治療の状況等 |
| 通院のペース： |
| 薬の名称：服薬の状況： |
| 治療内容：http://www.nagano-c.ed.jp/koto-you/index/kot2.jpg主治医の助言等： |

**寿台養護学校・松ろうキャンパス・あゆみ部・院内教室対象生・教育相談（学校見学）カード**

**【園・学校記入用】**記入者　職・氏名

１－③

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)児生氏名 |  | 性 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦　 　年　　 月　　 日（　　歳） |
|  |
| 保護者名 |  | 続柄 | 　　　（　　） | 保護者の職業 |  |
| 現 住 所 | 〒電話（　　　　　　　　　　　　）緊急連絡先（　　　　　　　　　　　　　　（　　）） |
| 家族構成 |  |
| 診 断 名 |  | 医療機関名主治医 |  |
| 医療機関等で実施した発達検査 | 有　　無 | 検 査 名実施時期結果等 |  |
| 身体障害者手帳療育手帳精神保健手帳 | 身体障害者手帳 | 有　 無 | 種　　　　級 |
| 療 育 手 帳 | 有　 無 | Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　 |
| 精神保健手帳 | 有　 無 | 　　　　　　級 |
| 学校名　学年担任氏名 | 　　　　年　　　組 | 学校住所 | 〒電話（　　　　　　）FAX（　　　　　　　　） |
| 教育相談を申し込んだ理由・学校の考え、本人の希望、保護者の考え等。 |
|  |
| 校内（園）就学支援委員会、支援会議の開催の有無等（開催していただき、ご記入ください） |
| 校内（園）就学支援委員会　　　有　　　月　　　日 | 支援会議　　　有　　　月　　　日 |
| 病弱・虚弱教育特別支援学校への就学が望ましいと判断した事実等。 |
| 現在の病状、生活規制等 |
|  |
| 園・学校生活の様子（出欠・授業、活動参加の様子・学習、活動の場（特別支援級利用、入級、加配等） |
|  | 特別支援級利用、入級　　　　有（知障　　　自・情障　）　　無　　加配　　　有（　　　対　　　人）　　　　　無 |
| 学習、活動上の配慮点http://www.nagano-c.ed.jp/koto-you/index/kot2.jpg |

**２　寿台養護学校・松ろうキャンパス・あゆみ部・院内教室対象生**

**教 育 相 談 ・体験申込書**

**※教育相談、学校見学後、ご希望があればお申し込みください。**

**①別紙「体験相談カード」【保護者記入用】【学校記入用】と一緒に「寿台養護学校教育相談担当」までお申し込みください。**

**②個人情報保護のため、郵送にてお送りください。**

**③宛先　〒３９９－００２１**

**長野県松本市大字寿豊丘811‐88　長野県寿台養護学校　　教育相談　　　　　　　　宛**

**園・学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　申し込み担当者職・氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| 園・学校住所及び連絡先 | 〒TEL　　　　　（　　）　　　　　FAX　　　　　（　　）　　　　　 |

**対象児・生情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な児童・生徒氏名（性別） | 学年 | 生年月日 | （続柄） | 担任名 |
| 　　　　　　　　（男・女） |  |  |  |  |
| 自宅住所　〒（自宅）TEL　　　―　　　―　　（携帯）　　　　―　　　　―　　　（どなたの　　）　　　　 |
| 教育相談実施日　　　月　　　日　　　　　学校見学実施日　　月　　　日　　　　(○をつけてください）　小学部　　中学部　　高等部　　あゆみ部　　　院内教室診断名：　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　Ｈｐ　　　　　　　　　　Ｄｒ現在の状況（病状・治療・通学の状況等）これまで、就学に関わって検討した事項等。 |
| 体験希望日期日第一希望　　　　　月　　　日（　　）　　　　第二希望　　　月　　　日（　　）　　　　　　体験日程希望（○で囲んでください） 　　　午前　　　　　　午後　　　　　　一日　　　　　その他（　　　　　　　　　）参加予定者（○をつけてください）　　本人　保護者（　母　・　父　）　担任　特支Ｃｏ　教頭　　その他　　　　　　　　　　　　 |



２－①

R3年度　体験学習日程例　（あゆみ部・院内教室については、相談しながら実施）

松ろうキャンパス　　　小学部：４５分授業　　中学部・高等部：５０分授業

　　半日体験

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 午前 |  | 午後 |
| 活　　動 | 小学部 | 中学部・高等部 | 活　　動 | 小学部 | 中学部・高等部 |
| 時　　　　　間 | 時　　　　　間 |
| 登校朝の活動朝の会1時間目2時間目休み時間3時間目4時間目まとめ下校 | ８：２５８；３５８：４５８：５０９：４０１０：２５１０：５０１１：４０１２：２５１２：４５ | ８：２５８：３５　８：４５８：５０９：５０―――――１０：５０１１：５０１２：４０１３：００ | 登校５時間目清掃6時間目帰りの会まとめ下校 | １３：１５１３：３５１４：２５１４：４０１５：３０１５：４０１６：００ | １３：１５１３：３５――――１４：３５清掃１５：２５帰りの会１５：４０まとめ１５：５０１６：１０ |
| ＊水曜日の午後の体験は実施しない。 |

一日体験

|  |
| --- |
| 一　　　日　　　体　　　験 |
|  | 小学部 | 中学部・高等部 |  |  | 小学部 | 中学部・高等部 |
| 登校 | ８：２５ | ８：２５８：３５８：５０９：５０１０：５０１１：５０１２：４０ | 5時間目清掃6時間目帰りの会まとめ下校 | １３：３５１４：２５１４：４０１５：３０１５：４５１６：００ | １３：３５――――１４：３５清掃１５：２５帰りの会１５:４０１５：５０１６：１０ |
| 朝の会1時間目2時間目休み時間3時間目4時間目給食 | ８；３５８：５０９：４０１０：２５１０：５０１１：４０１２：２５ |
| ＊水曜日 | 小中学部 | 高等部 |
| 清掃帰りの会　　　まとめ　　　　下校　　　　　 | １４：２５１４：４０１４：５５１５：１０ | １４：２５１４：３５１４：５０ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1組 | 2組 |
| 1校時 | 10：00 | 学習①朝の会・からだの時間10：00～10：40 |
| 2校時 | 11：00 | 学習②個別学習・グループ学習10：45～11：25 |
| 3校時 | 13：00 | 学習③集団学習13：10～13：55 |
| 4校時 | 14：00 | 学習④集団学習14：00～14：45 |
| 5校時 | 15：00 | 個別学習 |

あゆみ部　　　　　　　　　　　　　　　院内教室

　登校　　９：００～９：３０

学習１　９：４０～１０：１０

（からだの時間）

朝の会　１０：１０～１０：３０

　　（トイレ・水分補給等）

　学習2　１０：４０～１１：１５

　（集団学習・個別学習・小集団学習）

　まとめ　１１：２０～

下校　　１１：３０



２－資料

**寿台養護学校・松ろうキャンパス・あゆみ部・院内教室対象生　　体験相談 カード**

**【保護者記入用】**　※体験の申し込みの際に園または学校を通じて一緒に郵送してください。

※相談担当職員が保管して、必要がなくなったと判断した時点で、適切に廃棄させていただきます。

２０２１年　　　月　　　日



２－②

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)児生氏名 |  | 性 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦　 　年　　 月　　 日（　　歳） |
|  |
| 保護者名 |  | 続柄 | 　　　（　　） | 保護者の職業 |  |
| 現 住 所 | 〒（自宅）TEL　　　―　　　―　　　（携帯）　　　　―　　　　―　　　（どなたの　　） |
| 家族構成 |  |
| 診 断 名 |  | 医療機関名主治医 |  |
| 体験を申し込んだ理由・保護者の考え・本人の希望 |
|  |
| 現在の病状、生活規制通院、服薬、治療の状況、通院のペース、薬の名称、服薬の状況、治療内容等の追記 |
|  |
| 学校生活での配慮点・支援：現在行っている事、今後、必要な事等ご記入ください。 |
|  |
| 学習上の配慮点・支援：現在行っている事、今後、必要な事等ご記入ください。 |
|  |
| 進学に向けての相談経過・見解等今後の進学に関する予定・見通し等 |  |
| 就学にあたり必要な施設・設備 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 緊急連絡先（優先順） | 電話・携帯番号 |
| ① |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |



１　家族構成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 職業/学年 | 勤務先・学校名 | 勤務先電話番号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

２　各種手帳（障害名・療育手帳・精神障害者手帳など）

各種手帳をお持ちでしたら、ご記入ください。（取得見込み含）

|  |
| --- |
| ・障害名　　　　　　　　　　いつ頃　　　　　　診断機関、医師 |
|  | 区分・程度 | 記号 | 交付日 | 次回判定日 |
| ・療育手帳　　　　（有・無） | 　　　（　　　　） |  |  |  |
| ・精神障害者手帳　（有・無） | 種　　　級 |  |  |  |
| ・身体障害者手帳　（有・無） | 　　　級 |  |  |  |

３　現在、服楽している薬がありましたら、ご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬　名 | 服薬時間（〇をする） | 服薬方法 |
|  | 朝・昼・夜・その他（　　　　　） |  |
|  | 朝・昼・夜・その他（　　　　　） |  |
|  | 朝・昼・夜・その他（　　　　　） |  |

４　保育・教育歴（今まで通った園・施設・学校をご記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 園・施設・学校　等 | 在籍期間H〇・□～R〇・□ | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

５　医療・療育とのかかわり

生育歴・病歴（初体重、歩行、言語、大病、現在につながる病気　その他）

現在のリハビリ・発作の有無についてもご記入下さい

|  |
| --- |
| 成育歴： |
| 病歴： |
| リハビリ等： |



２－③

　　現在利用がなくても、過去利用していた病院等もご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院・療育センター | 科 | 担当 | 期　間 | 頻　度 | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

６　行政　　（お子さんの生活のことで、これまで相談してきた公的機関があれば、ご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | 担当者名 | 相談を開始した年（期間） | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

７　福祉・行政とのかかわり

（１）計画相談員がいればご記入ください。（福祉事業所を利用する際、計画を立てている人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 相談支援専門員名 | 電話番号 |
|  |  |  |

（２）福祉サービスの利用　（福祉事業所等で利用している事業所等がありましたら、ご記入下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 担当者名 | 利用頻度 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

８　お子さんの現在の生活・将来の生活（３年後を目安に）の希望・ねがい（こんなことができるといい等）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人のねがい | 3年後の姿 |
| 保護者のねがい | 3年後の姿 |

９　本人の様子

①生活習慣

|  |
| --- |
| 排泄 |
| 衣服の着脱 |
| 食事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　食物アレルギー　有（食物名　　　　　　　　）・無　 |
| 睡眠 |
| その他http://www.nagano-c.ed.jp/koto-you/index/kot2.jpg |

２－④

②学習の様子

|  |
| --- |
|  |
|  |

③集団参加

|  |
| --- |
|  |
|  |

④身体面・運動面（健康安全についての配慮事項など、また、小・中学生はクラブ・部活動も含む）

|  |
| --- |
|  |
|  |

⑤友だちとの関わり・コミュニケーションの方法

|  |
| --- |
|  |
|  |

⑥生かしたい本人のよさ（特性・興味・関心等）

|  |
| --- |
|  |
|  |

１０　発達検査　　＊最新の検査結果がございましたら、ご持参ください。

|  |
| --- |
| いつ頃　　　　　　　　　　　発達検査の名前 |
| 結果 |
|  |

１１　体験学習に関わって相談したいこと

|  |
| --- |
|  |
|  |

１２　本校入学（転入）についての保護者としての考え

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



２－⑤



**寿台養護学校・松ろうキャンパス・あゆみ部・院内教室対象生　　体験相談 カード　　　【学校記入用】**

記入者職・氏名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)児生氏名 |  | 性 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦　 　年　　 月　　 日（　　歳） |
|  |
| 保護者名 |  | 続柄 | 　　　（　　） | 保護者の職業 |  |
| 現 住 所 | 〒（自宅）TEL　　　―　　　―　　　（携帯）　　　　―　　　　―　　　（どなたの　　） |
| 家族構成 |  |
| 診 断 名 |  | 医療機関名主治医 |  |
| 医療機関等で実施した発達検査 | 有　　無 | 検 査 名実施時期結果等 |  |
| 園・学校名　学年担任氏名 | 　　　　年　　　組 | 園・学校住所 | 〒電話（　　　　　　）FAX（　　　　　　　　） |
| 体験を申し込んだ理由・担任の考え・本人の希望・これまで行った就学に関わる検討事項等 |
|  |
| 校内就学支援委員会の開催の有無、支援会議の開催の有無等追記 |
| 校内（園）就学支援委員会　　　　有　　　無 | 支援会議　　　有　　　　無 |
| 就学に関わって検討された事項等 |
| 現在の病状、生活規制通院、服薬、治療の状況、通院のペース、薬の名称、服薬の状況、治療内容等の追記 |
| 主治医の助言等 |
| 園・学校生活での配慮点・支援：現在行っている事、今後、必要な事等ご記入ください。 |
|  |
| 学習、活動上の配慮点・支援：現在行っている事、今後、必要な事等ご記入ください。 |
|  |
| 進学に向けての相談経過・見解等今後の進学に関する予定・見通し等 |  |
| 就学にあたり必要な施設・設備 | http://www.nagano-c.ed.jp/koto-you/index/kot2.jpg |

２－⑥

※　以下は特徴的なことを、端的にご記入ください。

**基本的生活習慣の様子**

|  |
| --- |
| 排泄 |
| 衣服の着脱 |
| 食事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　食物アレルギー　有・無　 |
| その他（睡眠等） |

**学校での様子**

（１）学習の様子（各教科・集団活動等）

（２）運動・身体面（粗大運動・微細運動　　※身長　　　　cm　体重　　　　kg　　利き手　右・左

（３）集団活動への参加（クラブ・委員会・部活動等含む）

（４）友だちとの関わり・コミュニケーションの方法

（５）興味・関心

（６）性格･行動



２－⑦

**他機関との関わり・諸検査の結果**

|  |  |
| --- | --- |
| ・機関名（現在関わりのある医療機関・主治医名）　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ・関わりの内容等 |
| ・福祉関係機関名 | ・関わりの内容 |
| ・検査名　　　　実施年月日　　　　　 | ・結果等 |

**ご家庭との相談の経過**（見学・体験に至った経過、進路についての考え等）

**その他**

**（出欠・遅刻・早退の状況等、上に記入した以外で特徴的なこと）**

**体験学習に関わって相談したいこと**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**本校入学についての担任としての考え**

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

体験申し込み時記入提出、体験時確認、修正。一日入学面接時、緊急連絡先、変更等確認。

➡個別の教育支援計画作成。



２－⑧