



令和3年度 長野県寿台養護学校本校「学校見学・体験」申込書

【保育園・小・中学校用】

※ 寿台養護学校本校希望者(知的障がい教育部門小・中学部)の学校見学・体験学習の手続きは以下の通りです。

①別紙「見学体験学習相談カード」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 教育相談専任宛

学区確認 該当の()に○を記入

() 松本市 国道19号線より東側の小学校区出身、地区にお住まいの方 (鎌田小学校・田川小学校・芳川小学校・開明小学校区以外) 出身小学校 _____
() 塩尻市 塩尻市立片丘小学校区にお住まいの方

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 ()

ふりがな 児童・生徒氏名(性別)	学年	生年月日・西暦	ふりがな 保護者名(続柄)	担任名
(男・女)		年 月 日 (満 歳)	()	
自宅住所 〒			自宅Tel - - 携帯 - -	(どなたの)

学校見学・体験を希望する理由

学校見学及び体験希望日 *日程調整の都合上、いずれも第三希望までお書きください。

***見学、体験両方をご希望の場合は②③に希望日を記入し見学申込締め切り日までにご提出ください。**

***見学を終え、体験を希望される方は下記に記入の上体験申込締め切り日まで、この用紙のみ再提出ください。**

希望学部 (該当学部を○で囲む)	小学部	中学部
①見学希望	第一希望 月 日 () 第三希望 月 日 ()	第二希望 月 日 ()
②体験希望	第一希望 月 日 () 第三希望 月 日 ()	第二希望 月 日 ()



【保護者用】見学・体験学習相談カード（保護者記入）

※見学・体験の申し込みの際に、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、必要がなくなる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 2021年 月 日

ふりがな 児童・生徒氏名（性別） (男・女)	学 年	生年月日・西暦 年 月 日 (満 歳)	ふりがな 保護者名（続柄） ()	担任名
自宅住所 〒			自宅Tel	— —
現在所属している園・学校名			携帯	— — (どなたの)
進学後の居住地校名			出身園・小学校	

	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）

・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				

*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）

3 現在、服薬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（○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	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：

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 HO・□～RO・□	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(相談期間)	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（歩行、移動等）

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



【園・学校担任用】見学・体験相談カード
(知的障がい教育部門小・中学部)

※ご記入いただき、見学・体験の申し込み用紙と一緒に郵送してください。その後は、担当職員が保管あるいは廃棄させていただきます。

記入日 2021年 月 日

記入者・職・氏名 _____

1 基礎情報

ふりがな 児童・生徒氏名 (性別)	学年	生年月日・西暦	ふりがな 保護者名 (続柄)	担任名
(男・女)		年 月 日 (満 歳)	()	
自宅住所 〒			自宅Tel - - 携帯 - - (どなたの)	

2 園・学校名 _____ 学年 _____ 組 _____ 加配： 有 ・ 無

入級学級 (知障 自・情障) 西暦 _____ 年 月 (学年) ~ 入級 出身園・小学校 _____

※ 以下は特徴的なことを、端的にご記入ください。

3 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 (食品名 _____) ・ 無
その他 (睡眠等)

4 園・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・他害等の有無、様子。



(5) 興味・関心

(6) 性格・行動（自傷・癩癩の有無、様子等）

5 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

6 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）

家庭状況（養育の主体、障がい理解、経済面等）

7 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）

8 体験学習に関わって相談したいこと

9 本校入学（転入）についての担任としての考え

見学申し込み時記入提出・見学、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。