



令和5年度 長野県寿台養護学校 本校高等部「学校見学・体験」申込書
【中学校用】知的障害教育

寿台養護学校本校希望者(知的障害教育部門・高等部)の学校見学・体験学習の手続き

- 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

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 出身小学校 _____

中学校名 _____ 申し込み担当者 職・氏名 _____

中学校住所 及び 連絡先	〒 _____ Tel () _____ fax () _____
--------------------	--

ふりがな 生徒氏名(性別○)	学 年	生年月日	ふりがな 保護者名(続柄)	担任名
(男・女)		西暦 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

*見学、体験両方をご希望の場合は①②に希望日を記入し見学申込締め切り日までに書類をご提出ください。
*受付締め切り日にすべての書類がそろわない場合は、日程調整を円滑に進めるために、この用紙のみ、早急にご提出ください。

*状況に応じて事前、事後に、貴校を教育相談担当者が訪問させていただき、適正な学びの場について、必要な支援について、共に考えさせていただきます。(該当を○で囲む)

相談希望 有 無 事前 見学後 体験前 体験後
第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 () 第三希望 月 日 ()

就学相談が進む中での訪問希望の際もこの用紙でご連絡ください。

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に、この用紙のみ再提出ください

①見学希望 第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 ()

第三希望 月 日 ()

②体験希望 第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 ()

第三希望 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、適切に取り扱わせていただきます。

記入日 2023年 月 日

ふりがな 生徒氏名（性別○）	学年	生年月日	ふりがな 保護者名（続柄）	担任名
(男・女)		西暦 年 月 日 (満 歳)	()	
現在所属している中学校名			出身小学校名	
自宅住所 〒				
自宅Tel - - 携帯 - - (どなたの)				

	緊急連絡先 氏名（続柄）	電話・携帯番号
①		
②		
③		

1 家族構成

続柄	氏名（ふりがな）	職業 学年	勤務先・学校名	勤務先電話番号

2 病名（障害名・病状）

・主となる病名（障害名）	診断機関、医師名
症状	
・その他の病名（障害名）	診断機関、医師名
症状	

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）

	区分・程度	記号	交付日 西暦年〇月	次回判定日 西暦年〇月
・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 服薬 (有・無)

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 ()	

4 医療的ケア (有・無)

項目	有○	具体
・口腔内の喀痰吸引		
・鼻腔内の喀痰吸引		
・気管カニューレ内の喀痰吸引		
・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
・経鼻経管栄養		
・呼吸器		
・その他 ()		

5 アレルギー (有・無)

食物 () その他 ()

6 けいれん発作 (有・無)

・頻度	
・症状	
・対応方法	

7 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 西暦○年○月○日～	電話番号

8 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：



現在利用がなくとも、過去利用していた病院等もご記入ください。

病院・療育センター名	科	担当	期 間 西暦年〇月～西暦年〇月	頻 度	電話番号

9 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

10 福祉・行政とのかかわり

（1）相談支援専門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（曜日・回数等）	電話番号

11 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

12 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 家庭での学習の様子

③ 地域での集団活動への参加の様子（小・中学生は社会体育、放課後等デイサービスでの活動も含む）

④ 身体面・運動面（健康安全についての配慮事項など。）

⑤ 家族との関わり・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）

Ⅰ 3 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。

実施年月日	西暦	年	月	日	実施機関名
発達検査名					
結果					

実施年月日	西暦	年	月	日	実施機関名
発達検査名					
結果					

Ⅰ 4 体験学習に関わって相談したいこと

Ⅰ 5 本校入学（転入）についての保護者としての考え



【中学校担任用】見学・体験相談カード（知的障害教育部門 高等部）

※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。

※相談担当職員が保管し、適切に取り扱わせていただきます。

記入日 2023年 月 日 記入者・職・氏名

1 基礎情報

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

2 中学校名 学年 組

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 園・学校での様子

① 生活習慣

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

② 学習の様子（各教科・集団活動等）

③ 運動・身体面（粗大運動・微細運動 ※身長 cm 体重 kg 利き手 右・左

④ 集団活動への参加（健康安全についての配慮事項など、小・中学生はクラブ・委員会・部活動等含む）



⑤ 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。

⑥ 生かしたい本人のよさ（興味・関心・特性・興味・関心等）

⑦ 性格・行動（自傷・癇癪の有無、様子等）

4 検査結果

実施年月日	西暦	年	月	日	実施機関名
発達検査名					
結果					

実施年月日	西暦	年	月	日	実施機関名
発達検査名					
結果					

5 多職種機関との関わり・諸検査の結果等

・病院名（現在関わりのある医療機関・主治医名）	・関わりの内容等
・病名（障害名）	・症状等
・福祉関係機関名	・利用の内容
・行政・福祉担当者名	関わりの内容等



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）

7 他校への就学に関わる取り組み等

8 家庭状況（養育の主体、障がい理解、経済面等）

9 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）

10 体験学習に関わって相談したいこと

11 本校入学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。