



寿台養護学校 病弱・身体虚弱教育部門・重度重複障害教育部門
教育相談・学校見学申込書

寿台養護学校の学校見学・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

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)		西暦 年 月 日 (満 歳)	()	

住所 〒

自宅TEL - - 携帯 - - (どなたの)

学校見学・体験を希望する理由

***事前に、貴園、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、必要な支援について、共に考えさせていただきます。訪問希望日を下記にご記入ください。**

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相談は、改めて、調整させていただきます。

希望学部等 (該当を○で囲む)・院内教室・あゆみ部・松ろうキャンパス (小学部・中学部・高等部)

*見学、体験両方をご希望の場合は①②に希望日を記入し、書類をご提出ください。

***日程調整を円滑に進めるために、この用紙のみ、事前にご提出いただく場合もあります。**

*見学を終え、体験を希望される方は下記に記入の上、この用紙のみ再提出ください。

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。

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】 病弱・身体虚弱教育部門・重度重複障害教育部門見学・体験学習相談カード

※見学・体験の申し込みの際に、園、学校を通じて一緒に郵送してください。

※教育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 2023年 月 日

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)		西暦 年 月 日 (満 歳)	()	
自宅住所 〒			自宅Tel - -	(どなたの)
現在所属している園・学校名			携帯 - -	
(幼保、小学生)進学後の居住地校名				

	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	



*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)

種類	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：

現在利用がなくても、過去に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○月～西暦年○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)	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 (該当に○) (形態: 普通・きざみ・ペースト) (方法: 経口・胃ろう・その他) 具体記述
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・余暇等の様子

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）

1 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					

1 4 体験学習に関わって相談したいこと

1 5 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】病弱・身体虚弱教育部門・重度重複障害教育部門見学・体験学習相談カード

※ご記入いただき、見学・体験の申し込み用紙、保護者記入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。

1 基礎情報 記入日 2023年 月 日 記入者・職・氏名

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
		西暦 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 園・学校での様子

① 生活習慣

排泄
衣服の着脱
食事（該当に○）（形態：普通・きざみ・ペースト）（方法：経口・胃ろう・その他） 具体記述
食物アレルギー 有（食品名 ）・無
その他（睡眠等）

② 学習・活動の様子（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・癩癩の有無、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

・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（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。