



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

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	- -
現在所属している園・学校名			携帯	- -
			(どなたの)	
(幼保、小学生)進学後の居住地校名				

	緊急連絡先 氏名	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 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()	



3 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 ()		

4 アレルギー (有・無)

食物 ()	その他 ()
--------	---------

5 けいれん発作 (有・無)

・頻度	
・症状	
・対応方法	

6 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

7 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	

8 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			

9 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 西暦〇年〇月〇日～	電話番号

10 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：

11 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 西暦年〇月～西暦年〇月	頻 度	電話番号

12 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



13 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

14 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）

15 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					

16 体験学習に関わって相談したいこと

17 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

記入者・職・氏名

記入日 西暦 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
		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。