



令和8年度長野県松本支援学校「学校見学・体験」申込書

【中学校用】

- ①別紙「見学・体験学習相談カード」と一緒に「松本支援学校教育相談担当」宛に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 〒390-1182

長野県松本市今井1535 長野県松本支援学校 教育相談 香西智子 宛  
 学区確認 該当の( )に○を記入

( ) 松本市	鎌田小学校・田川小学校・芳川小学校・開明小学校区 及び 国道19号線より西側にお住まいの方
( ) 塩尻市	塩尻市立片丘小学校区以外の方

学校名 \_\_\_\_\_ 申し込み担当者 職・氏名 \_\_\_\_\_

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

**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、体験をご希望の場合は①②両方に希望日を記入し見学申込締め切り日までに提出ください。

\*しなの木教室の見学・体験もご希望の場合は③にご記入ください。

\*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本校高等部 見学希望 第一希望 月 日 ( ) 第二希望 月 日 ( )  
 第三希望 月 日 ( )

★参加予定者 本人 父 母 担任 その他 ( )

②本校高等部 体験希望 第一希望 月 日 ( ) 第二希望 月 日 ( )  
 第三希望 月 日 ( )

★参加予定者 本人 父 母 担任 その他 ( )

\*体験希望のコース名 AB コース C コース \*希望のコース名に○を (両方も可)

\*体験希望作業班 第一希望 エコ・園芸・手芸・粘土・農耕・木工 \*いずれかに○を  
 第二希望 エコ・園芸・手芸・粘土・農耕・木工 \*いずれかに○を

③しなの木教室見学希望 あり なし しなの木体験希望 あり なし  
 見学希望 第一希望 月 日 ( ) 体験希望 第一希望 月 日 ( )  
 第二希望 月 日 ( ) 第二希望 月 日 ( )  
 第三希望 月 日 ( ) 第三希望 月 日 ( )



## 【保護者用】高等部 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 令和 年 月 日

ふりがな 生徒氏名 (性別)	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
(男・女)			( )	
自宅住所 〒			自宅Tel - - 携帯 - - (どなたの )	
学校名			出身小学校	

	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 (障がい名・手帳など)

障がい名その他の疾病	診断を受けた医療機関	医師	いつ頃

各種手帳をお持ちでしたら、ご記入ください。(取得見込みの方もわかる範囲でご記入ください)

手帳の有無	区分・程度	記号	交付日	次回判定日
療育手帳 (有・無)	( )			
精神障害者保健福祉手帳 (有・無)	級			
身体障害者手帳 (有・無)	種 級			

### 3 発達検査 (最新の検査結果がございましたら、ご記入ください。)

発達検査の名前：	検査を実施した年齢 (学年)：
検査結果：	



4 服薬 (現在、薬を服用していましたら、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 ( )	

5 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

6 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ください。


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

7 行政とのかかわり (お子さんの生活のことで、相談してきた公的機関がありましたら、ご記入ください。)

機関名	担当者名	相談を開始した年	電話番号

8 福祉とのかかわり

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

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、ご記入ください。)

事業所名	担当者名	利用頻度	電話番号



9 お子さんの様子

①生活習慣

排泄	
衣服の着脱	
食事	食物アレルギー 有・無
睡眠	
その他（登校の状況など）	

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、中学生はクラブ・部活動も含む）


⑤友だちとのかかわり・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 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

11 見学・体験学習にかか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




## 【学校担任用】高等部 見学・体験学習相談カード (担任記入)

※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 令和 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 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・無
その他 (睡眠等)

### 4 学校での様子

(1) 学習の様子 (各教科の取り組みの様子・原級や支援級での活動の様子 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) 行事等、集団活動への参加 (クラブ・委員会・部活動等含む)



(4) 友だちとのかかわり・コミュニケーションの方法

(5) 興味・関心

(6) 性格・行動

**5 他機関とのかかわり・諸検査の結果**

〈現在かかわりのある医療機関・主治医名〉	かかわりの内容等 診断名
〈福祉関係機関名〉	かかわりの内容等
〈検査名〉  実施年月日：西暦      年    月	検査結果

**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 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 見学・体験にかかわって相談したいこと**

--------------

**9 本校入学についての担任としての考え**

------------------

