

令和 7 年 1 月更新

保護者 様

横浜市特別支援教育総合センター
就学相談（新小学校 1 年生）・教育相談（現在小学校 1 年生～中学校 3 年生）
申込書 の記入にあたって

横浜市特別支援教育総合センターでの就学相談（翌年度に小学校へ就学予定のお子さまの相談）や教育相談（既に小学校、中学校や義務教育学校に在籍しているお子さまの相談）を希望される場合は指定の申込書に必要事項を記入の上、下記を参考にお申し込みください。

「就学相談」・・・電子申請、または直接郵送

「転入予定」・・・直接郵送

「教育相談」・・・学校経由

なお、電話・FAX でのお申込みは受け付けていませんのでご注意ください。

【注意事項】 記入にあたっては、ボールペンを使用し、楷書でご記入ください。

- ・記入については、該当しないところは空欄のままでかまいません。相談の主訴については必ず記入し、お子さんの生育歴などは、わかる範囲でご記入ください。 **なお、申込書類は返却することはできません。**
- ・他機関で 1 年以内の検査結果をお持ちでしたら、差し支えない範囲で写しを同封してください。
- ・申込み後に、他機関にて発達検査を受けた場合は、必ず相談前にセンターに連絡してください。
- ・相談日については、お子様の状況により決定します。 **申込順ではありませんのでご了承ください。**
- ・相談日が決定しますと、就学相談の場合は保護者に郵送で、教育相談の場合は学校を通じて、文書にてお知らせします。
- ・記入された内容は、適切な相談および教育に向けて活用させていただきます。それ以外の目的では使用しません。
- ・ホチキスでとめずに、A 4 用紙でご提出ください。



切り取って封筒に貼
り付けてお送りいた
だいても構いません

ご不明な点は、次までご連絡ください。

☎240-0044 横浜市保土ヶ谷区仏向町 845-2
 横浜市教育委員会事務局 特別支援教育相談課
 （横浜市特別支援教育総合センター）
 ☎045-336-6020

ご担当者様 宛

就学相談申込用紙在中

相談申込一様式1

横浜市特別支援教育総合センター

保

学

校

個指

記入例

就学相談（新小学校1年生）及び

教育相談（現在小学校1年生～中学校3年生） 申込書

受付印

記入日 令和 7 年 6 月 10 日

令和7年度版

令和7年1月更新

【記入しないでください】

記入者氏名 特総 太郎

お子さんとの関係 (父) 母・その他 ()

フリガナ	トクソウ ハナコ
お子さんの氏名	特総 花子 生年月日 平成・令和 元 年 6 月 6 日 西暦 2019 年 年齢 (6 歳) 性別 (女)
フリガナ	トクソウ タロウ
保護者氏名	特総 太郎 (父) 母・その他 ()
現住所	(〒240 - 0044) 横浜市 保土ヶ谷区仏向町845-2 申込みの時点で、決まっているところまでを記入してください
転居予定	無・(有)→時期(R7年12月) 予定住所(横浜市中区)
電話番号	*優先順に番号を お書きください。 ①(080-〇〇〇〇-●●●●)【父・(母)・その他()】 ②(045-●●●●-〇〇〇〇)【父・母・(その他) (自宅)】
相談日として ご都合の悪い 曜日・時間帯	相談日(平日)の(ご都合の悪い)曜日と時間をお書きください。 月曜日のAM ※相談日程の調整上で、ご希望にそえないことがあります。

<就学相談(新小学1年)の方>

<教育相談(現在小1～中3)の方>

幼稚園 保育園等	・(トクソウ保育園) (月) 火 (水) 木 (金) 土
療育 センター 等	・(〇〇地域療育)センター 月・(火) 水・(木) 金・土・外来 ・児童発達支援事業所 (土) 曜日利用 (〇〇〇)
居住区の 学校名	(〇〇〇) (小学校) 義務教育学校 居住地の学校での相談は終わっていますか。 (6 月 5 日 (終了) ・ 予定)

在籍校	() 小・中・義務教育・特別支援 学校 年 組 (一般・個別) 担任
進学予定先	*小学校6年生のみ、ご記入ください。 () 中学校
※通級指導教室の利用	(あり・なし)
() 小・中・特別支援 学校	情緒 ・ 難聴 ・ 言語 ・ 弱視
※ハートフルルーム・スペース利用	(あり・なし)

小学校・中学校・義務教育学校・特別支援学校に
在学中の方はこちらに記入してください。

記入例⇒

在籍校	(トクソウ) (小) 中・義務教育・特別支援 学校 〇年 〇組 (一般・個別) 担任 〇〇 〇〇先生
進学予定先	*小学校6年生のみ、ご記入ください。 (トクソウ) 中学校
※通級指導教室の利用	(あり・なし)
(〇〇) (小) 中・特別支援 学校	(情緒) ・ 難聴 ・ 言語 ・ 弱視
※ハートフルルーム・スペース利用	(あり・なし)

相談申込一様式 1

1 相談の内容について

(1) 相談の目的 ※ 該当の () に○をつけてください。 ※ 該当の口をチェックをつけてください。	【就学相談】(新小学校 1 年生の方) (○) 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 () (口居住区の学校・口療育機関・☒幼稚園・保育園等・口その他)に相談を勧められた。 【教育相談】(現在小学 1 年生～中学校 3 年生に在学中の方) (○) 希望する学校種、学級種がある。 () 学校から相談を勧められた。 () 市外から横浜市内に転入する予定がある。										
(2) 検討したい学びの場 ※ 該当の項目に○をつけてください。(複数選択可) ※ 個別支援学級・通級指導教室・特別支援学校のいずれかには、必ず○をつけてください。	(○) 個別支援学級 () 一般学級+通級指導教室(情緒・難聴・言語・弱視) (○) 特別支援学校(知的障害・肢体不自由・ろう・盲) 〔国立等・私立等の特別支援学校等の受験予定 (なし・あり)〕 ※ 見学した学校があればお書きください。 () 通級指導教室及び特別支援学校を検討する場合は障害種学校種に○を付けてください										
(3) 相談時に本人及び保護者の通訳が必要な場合は、○をつけてください。 ※ 該当の口をチェックをつけてください。	(○) 英語の通訳(本人・<u>保護者</u>) 本人の日本語力 口かなりできる ☒ 少しでもできる 口全くできない 口不明 保護者日本語力 口かなりできる 口少しでもできる ☒ 全くできない 口不明 () 手話通訳(本人 ・ 保護者)										
(4) 特別支援教育総合センターでお子さんの相談をされたことはありますか。	(<u>ない</u>) ・ ある (年 月 頃) ※ 改姓された方は旧姓をお書きください。()										
(5) 特別支援教育総合センター以外で、<u>知能検査</u>や<u>発達検査</u>を受けた経験はありますか。 (IQ 値・DQ 値のわかるもの) ➡ お手元に紙面で発達検査結果がある場合は、申込書と一緒にコピーしたものを送付してください。(参考にさせていただきます) ※ 申込み後に発達検査を受けた場合は、必ず相談前に特総センターへ連絡してください。	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ない ・ <u>ある</u></td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">実施機関</td> <td>〇〇地域療育センター</td> </tr> <tr> <td>最近の検査実施日</td> <td>令和 3 年 5 月 頃</td> </tr> <tr> <td>検査名</td> <td><u>田中ビネー V</u> WISC IV/V・新版 K 式 その他 ()</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td>IQ 〇〇 (IQ・DQ の数値など)</td> </tr> </table>	ない ・ <u>ある</u>		実施機関	〇〇地域療育センター	最近の検査実施日	令和 3 年 5 月 頃	検査名	<u>田中ビネー V</u> WISC IV/V・新版 K 式 その他 ()	実施結果	IQ 〇〇 (IQ・DQ の数値など)
ない ・ <u>ある</u>											
実施機関	〇〇地域療育センター										
最近の検査実施日	令和 3 年 5 月 頃										
検査名	<u>田中ビネー V</u> WISC IV/V・新版 K 式 その他 ()										
実施結果	IQ 〇〇 (IQ・DQ の数値など)										
今後発達検査を受ける予定	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">令和 7 年 〇 月</td> <td style="width: 30%;">実施機関 〇〇児童相談所</td> <td style="width: 40%;">検査名 田中ビネー V</td> </tr> </table>	令和 7 年 〇 月	実施機関 〇〇児童相談所	検査名 田中ビネー V							
令和 7 年 〇 月	実施機関 〇〇児童相談所	検査名 田中ビネー V									
(6) 学びの場について相談したいこと(お子さんの行動など気になっていることをお書きください) 就学後の が心配なため、就学先について相談したい。 学習面の遅れが心配。このまま一般学級で大丈夫か											

【検査に関する同意欄】必ず記入してください。

※ 資料は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。

※ 今回の相談で該当しない場合も、ご記入ください。

- 療育センター・児童相談所へ検査結果を請求することについて (同意する) ・ 同意しない)
- また、必要に応じて当センターでの検査結果を提供することについて (同意する) ・ 同意しない)
- 関係機関の検査結果を用いて特総センターで今回相談することについて (同意する) ・ 同意しない)

令和 7 年 6 月 10 日 保護者名 特総 太郎

相談申込一様式1

2 手帳について（お持ちであればお書きください。）

愛の手帳 (療育手帳)	初回の交付年月日	平成 ☒ 令和 ☐ 年 月	判定 (A 2)
	現在の交付年月日	平成 ☐ 令和 ☒ 年 月	判定 (A 2)
	更新予定年月日	平成 ☐ 令和 ☒ 4 年 月	
身体障害者 手帳	初回の交付年月日	平成 ☒ 令和 ☐ 年 月	1 種 3 級 (※ 肢体不自由)
	現在の交付年月日	平成 ☐ 令和 ☒ 年 月	1 種 3 級 (※ 肢体不自由)
	更新予定年月日	平成 ☐ 令和 ☒ 年 月	
(※__) には「視覚障害」「聴覚障害」「肢体不自由」など、種別をお書きください。			
精神障害者 保健福祉手帳	初回の交付年月日	平成・令和 年 月	級
	現在の交付年月日	平成・令和 年 月	級
	更新予定年月日	平成・令和 年 月	

3 医療等の関係機関について

今まで相談主訴に関わる医療機関などを利用したことが (☒ ある ☐ ない)

相談主訴に関わる 関係医療機関名 (療育センターなどを含め お書きください。)	例 ○○クリニック、○○療育センター ○○県立○○病院 ○○地域療育センター
診断名 (診断年月)	例 自閉スペクトラム症 (令和元年○月) ○○○○ ○○○○
服 薬 (薬名や服薬回数など)	○○○○○ ○○○○○
【これまでの療育経過】	例 令和○年○月 ○○地域療育センター 通園開始 例 令和○年○月 ○○クリニック 初診 平成○年 ○月 県立○○病院 受診 令和○年 ○月 ○○地域療育センター 受診 (週3日通園開始) 令和○年 ○月 ○○保育園 入園 (週4日通園開始) ○○地域療育センター (週1日通園開始)
【今後の療育予定】	例 ○○地域療育センター 令和○年○月発達検査を受ける予定 令和○年○月 フィードバック予定 例 手帳更新のため○○児童相談所 令和○年○月 来所予定 ○○地域療育センター 令和○年○月 発達検査を受ける予定 令和○年○月 フィードバック予定 手帳更新のため○○児童相談所 令和○年○月 来所予定 発達検査を受ける予定

4 同居家族について（一緒に生活されている方にチェックを入れてください。）

☒父 ☒母 ☒兄 ☐姉 ☐弟 ☐妹 ☒その他 【例】 ☒兄
(1人) (人) (人) (人) (祖母) (2人)

相談申込一様式 1

5 お子さんの生育について（母子手帳等を参考にわかる範囲でお書きください。）

（１）妊娠期間は何週でしたか。	〇〇 週	
（２）出産時の体重は何グラムでしたか。	〇〇〇〇 グラム	
（３）首がすわった時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月	
（４）つかまり立ちをした時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月	
（５）ひとり歩きをした時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月	
（６）尿意を教え始めた時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月	
（７）オムツが完全にとれた時期はいつですか。	〇 歳 〇 か月	
（８）大きな病気にかかったことがありますか。	〇歳 〇か月（病名 〇〇〇 ）	
（９）けいれんの経験がありますか。	〇歳 〇か月 （予後 最近〇年〇月にけいれんあり）	
（１０）脳波検査を受けたことがありますか。	<u>ある</u> （ 〇 歳頃） ・ ない	
（１１）長期入院したことがありますか。	歳 か月（病名 ）	
（１２）１歳６か月児健診で指摘されたことがありますか。	<u>ある</u> ・ ない	
（指摘された内容 <u>つかまり立ちが難しい</u> ）		
（その後の対応 <u>〇〇地域療育センターに相談 〇〇病院に相談</u> ）		
（１３）３歳児健診で指摘されたことがありますか。	<u>ある</u> ・ ない	
（指摘された内容 <u>ことばの数が少なく、発達がゆっくりである。</u> ）		
（その後の対応 <u>〇〇地域療育センターに相談</u> ）		
（１４）あてはまるものに○をつけてください。（複数可）		
① アレルギー体質	<u>② ぜんそく</u>	③ 下痢をしやすい
④ 便秘をしやすい	⑤ 吐きやすい	⑥ よく頭痛を訴える
<u>⑦ 熱を出しやすい</u>	⑧ 風邪をひきやすい	⑨ 耳鳴りを訴えることがある
その他、気になることがあればお書きください。		

6 お子さんの現在の様子について

身辺処理	食 事	自立 ・ ほぼ自立 ・ <u>部分介助</u> ・ 全面介助	
		偏食	ない <u>・ある</u> ()
		アレルギー	<u>ない</u> ・ある ()
		食事形態	<u>通常食</u> ・きざみ・ミキサー・その他 ()
	くわしくお書きください。 好きな物を詰め込むように食べるため、一口大にカットしたり、野菜類を混ぜたりして食べさせている。水分はストローで飲んでいる。		
着替え	自立 ・ <u>ほぼ自立</u> ・ 部分介助 ・ 全面介助		
	くわしくお書きください。 周囲が気になり、時間が掛かる。		
排 泄	自立 ・ ほぼ自立 ・ <u>部分介助</u> ・ 全面介助		
	くわしくお書きください。 自らトイレに行くことが少ないため、声かけでトイレを促している。 トレーニングパンツで練習中。		
ことば (表出)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ <u>単語程度</u> ・ 発声程度 ・ 発声なし		
	話し始めの時期（「ママ」「ブーブー」など）	○ 歳 ○ 月	
	二～三語文の表出がみられた時期	歳 月	
	現在の話し言葉で気になることがありますか。	<u>ある</u> ・ ない	
	ことば（表出）の様子についてくわしくお書きください。 気に入った同じ言葉をくりかえすことが多い。 自分の気持ちを伝えることが難しい。		
ことば (理解)	日常会話可 ・ <u>二語文程度</u> ・ 単語程度 ・ 難しい		
	本人へ伝えるために工夫されていることなどをお書きください。 日常生活で使われる単語については理解している。 その他の言葉については、分かりやすく伝えたり、絵や具体物を示したりして理解を促している。		
日本語以外の言語で生活経験はありますか？（ なし ・ <u>あり</u> ） 【 英 】 語 ある場合 → ・ 生活期間（ ○ 歳～ ○ 歳 ） ・ 日本語でのコミュニケーションの状況をお書きください。 【 英語で覚えている単語もあるので、日本語で伝わりにくいときは英語で言い直して伝えることもある。 】			

相談申込一様式 1

移動面	自立 ・ ほぼ自立 ・ <u>部分介助</u> ・ 全面介助 移動の様子や配慮が必要なことがあればお書きください。 初めての場所では、声かけを多くしている。 ※肢体不自由がある場合「歩行は困難なため、車いすを使用している」 「歩行は困難だが、ハイハイで移動できる」 「独歩は困難だが、手を引くと歩ける」 など												
集団活動	参加可能 ・ <u>部分参加</u>（支援があれば参加できる） ・ 難しい 「部分参加（支援があれば参加できる）」「難しい」に○を付けた場合は、 具体的な状況をお書きください。 興味や関心があれば活動に参加することができるが、参加は短時間であることが多い。待つことが苦手。												
視 力	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="355 882 528 965">視 力</td><td data-bbox="528 882 1094 965">裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）</td><td data-bbox="1094 882 1481 965">眼鏡使用 ある ・ <u>ない</u></td></tr> <tr> <td data-bbox="355 965 528 1016">色覚異常</td><td colspan="2" data-bbox="528 965 1481 1016">ある ・ <u>ない</u></td></tr> <tr> <td data-bbox="355 1016 528 1068">斜 視</td><td colspan="2" data-bbox="528 1016 1481 1068">ある ・ <u>ない</u></td></tr> <tr> <td data-bbox="355 1068 528 1120">疾病等</td><td colspan="2" data-bbox="528 1068 1481 1120"></td></tr> </table> その他、気になることがあればお書きください。 測定していない	視 力	裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	眼鏡使用 ある ・ <u>ない</u>	色覚異常	ある ・ <u>ない</u>		斜 視	ある ・ <u>ない</u>		疾病等		
視 力	裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	眼鏡使用 ある ・ <u>ない</u>											
色覚異常	ある ・ <u>ない</u>												
斜 視	ある ・ <u>ない</u>												
疾病等													
聴 力	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="355 1234 528 1339">正常・難聴</td><td data-bbox="528 1234 1038 1339">裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）</td><td data-bbox="1038 1234 1481 1339">補聴器装用 ある ・ <u>ない</u> 人工内耳装用 ある ・ <u>ない</u></td></tr> </table> その他、気になることがあればお書きください。 測定していない	正常・難聴	裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	補聴器装用 ある ・ <u>ない</u> 人工内耳装用 ある ・ <u>ない</u>									
正常・難聴	裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	補聴器装用 ある ・ <u>ない</u> 人工内耳装用 ある ・ <u>ない</u>											
利き手	<u>右利き</u> ・ 左利き ・ 未確立												
医療的ケア	あればお書きください。 「一日数回、吸引が必要である。」 「朝・昼・夜に胃ろうから栄養剤をとっている」 「一日数回、導尿を行っている」 など												
好きなこと・ 興味をもって いること	具体的にお書きください。 ○○○○ ○○○												
得意なこと 長所など	具体的にお書きください。 ○○○ ○○なところ												

相談申込一様式 1

お子さんの現在の様子について気になる行動が な い ・ あ る

☒ あ る の場合は以下の項目のあてはまるものに○をつけてください

① 視線が合いにくい。	☒ あ る ・ 時々ある
② 人見知りがある。	あ る ・ 時々ある
③ 場にそぐわない大きな声を出すことがある。	☒ あ る ・ 時々ある
④ 漢字・マーク・駅名など特定のものへの興味が強い。	☒ あ る ・ 時々ある
⑤ 動きが激しく落ち着かず思ったらすぐに行動する。	あ る ・ 時々ある
⑥ 自分の身体の一部を叩いたり、噛んだりする。	あ る ・ 時々ある
⑦ 食べ物以外のものを口に入れる。	☒ あ る ・ 時々ある
⑧ 指示や禁止が分からない。	あ る ・ 時々ある
⑨ 周囲の様子に合わせて行動できない。	あ る ・ 時々ある
⑩ 場所や変化に応じて行動できない。	あ る ・ 時々ある
⑪ 手のひらや紙などをひらひらさせる。	あ る ・ 時々ある
⑫ 特定の物や事柄へのこだわりがある。 (どのようなものですか? ○○○○)	☒ あ る ・ 時々ある
⑬ 不器用である。	あ る ・ 時々ある
⑭ ひとりごとや相手の言った言葉を繰り返す。	☒ あ る ・ 時々ある
⑮ 攻撃的である。	あ る ・ 時々ある
⑯ 感覚の過敏さがある。 (どのようなものですか?)	☒ あ る ・ 時々ある

⑰ その他（自由記述欄）

困ったことがあると、その場から動かなくなる。
困っていてもにこにこしていて、周囲に気付かれにくい。

※ 本申込書は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います

相談申込一様式 1
横浜市特別支援教育総合センター

保	学	校	個指	
---	---	---	----	--

就学相談（新小学校 1 年生）及び
教育相談（現在小学校 1 年生～中学校 3 年生） 申込書

令和 7 年度版
令和 7 年 1 月更新

受付印

【記入しないでください】

記入日 令和 年 月 日

記入者氏名

お子さんとの関係 父・母・その他（ ）

フリガナ	
お子さんの氏名	生年月日 平成・令和 年 月 日 西暦 20 年 月 日 年齢（ 歳）性別（ ）
フリガナ	
保護者氏名	父・母・その他（ ）
現住所	（〒 ） 横浜市
転居予定	無 ・ 有 → 時期（R 年 月）予定住所（ ）
電話番号	*優先順に番号を ①（ ）【父・母・他（ ）】 お書きください。②（ ）【父・母・他（ ）】
相談日として ご都合の悪い 曜日・時間帯	相談日（平日）のご都合の悪い曜日と時間をお書きください。 ※相談日程の調整上で、ご希望にそえないことがあります。

＜就学相談（新小学 1 年）の方＞

＜教育相談（現在小学 1 年～中学 3 年）の方＞

幼稚園 保育園等	・（ ） （月・火・水・木・金・土）
療育 センター 等	・（ ）センター （月・火・水・木・金・土）・外来 ・児童発達支援事業所（ ）曜日利用 （ ）
居住区の 学校名	（ ）小学校 義務教育学校 居住地の学校での相談は終わっていますか。 （ 月 日 終了 ・ 予定 ）

在籍校	（ ） 小・中・義務教育・特別支援 学校 年 組（一般・個別） 担任
進学予定先	*小学校 6 年生のみ、ご記入ください。 （ ）中学校
※通級指導教室の利用（あり・なし）	
（ ）小・中・特別支援 学校 情緒 ・ 難聴 ・ 言語 ・ 弱視	
※ハートフルルーム・スペース利用（あり・なし）	

特別支援教育総合センター使用欄（この欄には記入しないでください。）

相談月日	月 日（ ）	午前・午後	時 分	担当（ ）	
発達検査月日	月 日（ ）	午前・午後	時 分	担当（ ）	
変更月日	月 日（ ）	午前・午後	時 分	担当（ ）	
発達検査月日	月 日（ ）	午前・午後	時 分	担当（ ）	
①入力	②入力チェック	③相談員確認	④発送	⑤変更発送	変更理由 ①保護者の希望 ②キャンセルによる延期 ③その他（ ）
				要 不要	

相談申込一様式1

1 相談の内容について

(1) 相談の目的 ※ 該当の () に○をつけてください。 ※ 該当の□にチェックをつけてください。	【就学相談】(新小学校1年生の方) () 就学させたい学校種、学級種の希望がある。 () (□居住区の学校・□療育機関・□幼稚園・保育園等・□その他)に相談を勧められた。 【教育相談】(現在小学校1年生～中学校3年生に在学中の方) () 希望する学校種、学級種がある。 () 学校から相談を勧められた。 () 市外から横浜市内に転入する予定がある。														
(2) 検討したい学びの場 ※ 該当の項目に○をつけてください。(複数選択可) ※ <u>個別支援学級・通級指導教室・特別支援学校のいずれかには、必ず○をつけてください。</u>	() 個別支援学級 () 一般学級+通級指導教室(情緒・難聴・言語・弱視) () 特別支援学校(知的障害・肢体不自由・ろう・盲) 〔国立等・私立等の特別支援学校等の受験予定 なし・あり〕 ※ 見学した学校があればお書きください。 () 通級指導教室及び特別支援学校を<u>検討する</u>場合は障害種学校種に○を付けてください														
(3) 相談時に本人及び保護者の通訳が必要な場合は、○をつけてください。 ※ 該当の□にチェックをつけてください。	() _____語の通訳(本人・保護者) 本人の日本語力 □かなりできる □少しできる □全くできない □不明 保護者日本語力 □かなりできる □少しできる □全くできない □不明 () 手話通訳(本人・保護者)														
(4) 特別支援教育総合センターでお子さんの相談をされたことはありますか。	ない ・ ある (_____年 _____月頃) ※ 改姓された方は旧姓をお書きください。()														
(5) 特別支援教育総合センター以外で、<u>知能検査や発達検査を受けた経験</u>はありますか。 (IQ値・DQ値のわかるもの) ➡お手元に紙面で発達検査結果がある場合は、申込書と一緒にコピーしたものを送付してください。(参考にさせていただきます) ※<u>申込み後に発達検査を受けた場合は、必ず相談前に特総センターへ連絡してください。</u>	ない ・ ある <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">実施機関</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>最近の検査実施日</td> <td colspan="2">_____年 _____月頃</td> </tr> <tr> <td>検査名</td> <td colspan="2">田中ビネーV・WISCIV/V・新版K式 その他()</td> </tr> <tr> <td>実施結果</td> <td colspan="2">(IQ・DQの数値など)</td> </tr> </table>			実施機関			最近の検査実施日	_____年 _____月頃		検査名	田中ビネーV・WISCIV/V・新版K式 その他()		実施結果	(IQ・DQの数値など)	
実施機関															
最近の検査実施日	_____年 _____月頃														
検査名	田中ビネーV・WISCIV/V・新版K式 その他()														
実施結果	(IQ・DQの数値など)														
今後発達検査を受ける予定	令和_____年_____月	実施機関	検査名												
(6) 学びの場について相談したいこと(お子さんの行動など気になっていることをお書きください)															

【検査に関する同意欄】必ず記入してください。

※ 資料は、「横浜市個人情報保護に関する条例」等に基づき適正に取扱いします。

※ 今回の相談で該当しない場合も、ご記入ください。

- 療育センター・児童相談所へ検査結果を請求することについて (同意する ・ 同意しない)
- また、必要に応じて当センターでの検査結果を提供することについて (同意する ・ 同意しない)
- 関係機関の検査結果を用いて特総センターで今回相談することについて (同意する ・ 同意しない)

令和_____年_____月_____日 保護者名_____

相談申込様式1

2 手帳について（お持ちであればお書きください。）

愛の手帳 (療育手帳)	初回の交付年月日	平成・令和	年	月	判定 ()
	現在の交付年月日	平成・令和	年	月	判定 ()
	更新予定年月日	平成・令和	年	月	
身体障害者 手帳	初回の交付年月日	平成・令和	年	月	種 級 (※)
	現在の交付年月日	平成・令和	年	月	種 級 (※)
	更新予定年月日	平成・令和	年	月	
	(※) には「視覚障害」「聴覚障害」「肢体不自由」など、種別をお書きください。				
精神障害者 保健福祉手帳	初回の交付年月日	平成・令和	年	月	級
	現在の交付年月日	平成・令和	年	月	級
	更新予定年月日	平成・令和	年	月	

3 医療等の関係機関について

今まで相談主訴に関わる医療機関などを利用したことが (ある ・ ない)

相談主訴に関わる 関係医療機関名 (療育センターなどを含め お書きください。)	例 ○○クリニック、○○療育センター
診断名 (診断年月)	例 自閉スペクトラム症 (令和元年○月)
服 薬 (薬名や服薬回数など)	
【これまでの療育経過】	例 令和○年○月 ○○地域療育センター 通園開始 例 令和○年○月 ○○クリニック 初診
【今後の療育予定】	例 ○○地域療育センター 令和○年○月 発達検査を受ける予定 令和○年○月 フィードバック予定 例 手帳更新のため○○児童相談所 令和○年○月 来所予定

4 同居家族について（一緒に生活されている方にチェックを入れてください）

☐父 ☐母 ☐兄 ☐姉 ☐弟 ☐妹 ☐その他 【例】☒兄
 (人) (人) (人) (人) () (2 人)

5 お子さんの生育について（母子手帳等を参考にわかる範囲でお書きください。）

（１）妊娠期間は何週でしたか。	週
（２）出産時の体重は何グラムでしたか。	グラム
（３）首がすわった時期はいつですか。	歳 か月
（４）つかまり立ちをした時期はいつですか。	歳 か月
（５）ひとり歩きをした時期はいつですか。	歳 か月
（６）尿意を教え始めた時期はいつですか。	歳 か月
（７）オムツが完全にとれた時期はいつですか。	歳 か月
（８）大きな病気にかかったことがありますか。	歳 か月（病名 ）
（９）けいれんの経験がありますか。	歳 か月 （予後 ）
（１０）脳波検査を受けたことがありますか。	ある（ 歳頃） ・ ない
（１１）長期入院したことがありますか。	歳 か月（病名 ）
（１２）１歳６か月児健診で指摘されたことがありますか。 ある ・ ない （指摘された内容_____） （その後の対応_____）	
（１３）３歳児健診で指摘されたことがありますか。 ある ・ ない （指摘された内容_____） （その後の対応_____）	
（１４）あてはまるものに○をつけてください。（複数可） ① アレルギー体質 ② ぜんそく ③ 下痢をしやすい ④ 便秘をしやすい ⑤ 吐きやすい ⑥ よく頭痛を訴える ⑦ 熱を出しやすい ⑧ 風邪をひきやすい ⑨ 耳鳴りを訴えることがある	
その他、気になることがあればお書きください。	

6 お子さんの現在の様子について

身辺処理	食 事	自立 ・ ほほ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		偏食	ない・ある ()
		アレルギー	ない・ある ()
		食事形態	通常食・きざみ・ミキサー・その他 ()
		くわしくお書きください。	
	着替え	自立 ・ ほほ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		くわしくお書きください。	
	排 泄	自立 ・ ほほ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
		くわしくお書きください。	
	ことば (表出)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 発声程度 ・ 発声なし	
話し始めの時期（「ママ」「ブーブー」など）		歳	月
二～三語文の表出がみられた時期		歳	月
現在の話し言葉で気になりますか。		ある	・ ない
ことば（表出）の様子についてくわしくお書きください。			
ことば (理解)	日常会話可 ・ 二語文程度 ・ 単語程度 ・ 難しい		
	本人へ伝えるために工夫されていることなどをお書きください。		
日本語以外の言語で生活経験はありますか？（ なし ・ あり ）【 】語 ある場合 → ・生活期間（ 歳～ 歳） ・日本語でのコミュニケーションの状況をお書きください。 			

相談申込一様式 1

移動面	自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助		
	移動の様子や配慮が必要なことがあればお書きください。		
集団活動	参加可能 ・ 部分参加（支援があれば参加できる） ・ 難しい		
	「部分参加（支援があれば参加できる）」「難しい」に○を付けた場合は、 具体的な状況をお書きください。		
視 力	視 力	裸眼 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	眼鏡使用 ある ・ ない
	色覚異常	ある ・ ない	
	斜 視	ある ・ ない	
	疾病等		
	その他、気になることがあればお書きください。		
聴 力	正常・難聴 裸耳 右（ ） ・ 左（ ） 矯正 右（ ） ・ 左（ ）	補聴器装用 ある ・ ない 人工内耳装用 ある ・ ない	
	その他、気になることがあればお書きください。		
利き手	右利き ・ 左利き ・ 未確立		
医療的ケア	あればお書きください。※必要に応じて別紙添付可		
好きなこと・ 興味をもって いること	具体的にお書きください。		
得意なこと 長所など	具体的にお書きください。		

相談申込一様式 1

お子さんの現在の様子について気になる行動が な い ・ あ る

☐ あ る の場合は以下の項目のあてはまるものに○をつけてください

① 視線が合いにくい。	ある ・ 時々ある
② 人見知りがある。	ある ・ 時々ある
③ 場にそぐわない大きな声を出すことがある。	ある ・ 時々ある
④ 漢字・マーク・駅名など特定のものへの興味が強い。	ある ・ 時々ある
⑤ 動きが激しく落ち着かず思ったらすぐに行動する。	ある ・ 時々ある
⑥ 自分の身体の一部を叩いたり、噛んだりする。	ある ・ 時々ある
⑦ 食べ物以外のものを口に入れる。	ある ・ 時々ある
⑧ 指示や禁止が分からない。	ある ・ 時々ある
⑨ 周囲の様子に合わせて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑩ 場所や変化に応じて行動できない。	ある ・ 時々ある
⑪ 手のひらや紙などをひらひらさせる。	ある ・ 時々ある
⑫ 特定の物や事柄へのこだわりがある。 (どのようなものですか？)	ある ・ 時々ある
⑬ 不器用である。	ある ・ 時々ある
⑭ ひとりごとや相手の言った言葉を繰り返す。	ある ・ 時々ある
⑮ 攻撃的である。	ある ・ 時々ある
⑯ 感覚の過敏さがある。 (どのようなものですか？)	ある ・ 時々ある

⑰ その他（自由記述欄）

※ 本申込書は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」等に基づき適正に取扱います。