様式２

# 面　談　票

記 入 例

児童・生徒氏名：　池上　太郎　　記入者：　池上　花子

| | |
|---|---|
| 現在の様子<br><br>☆家庭や園・学校で<br>・困っていること<br>・気になること | ・落ち着いて座っていることが苦手。<br>・就学に向けて、学習についていけるのか、お友達とコミュニケーションがとれるのかが心配。 |

お子様のご様子、現在困っていること、就学に向けて心配なことについて具体的にご記入ください。

## 現在の健康状態や成長・発達の様子など

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長　△△　cm | | 体重　△△　kg | |
| 出生時のようす | 出生時身長　△△　cm | | 出生時体重　△△　G | |
| | 【特記事項】<br>低体重で出生 | | 不明な場合は、空欄で構いません。 | |
| 発育のようす | ①首のすわり | △　歳　△　ヵ月 | ②寝　返　り | △　歳　△　ヵ月 |
| | ③おすわり | △　歳　△　ヵ月 | ④はいはい | △　歳　△　ヵ月 |
| | ⑤つかまり立ち | △　歳　△　ヵ月 | ⑥歩き始め | △　歳　△　ヵ月 |
| | ⑦発　語 | △　歳　△　ヵ月 | ⑧人見知り | △　歳　△　ヵ月 |
| | 【特記事項】<br>言葉が出るのが遅かった、新しい環境に慣れるまでに時間がかかった | | | |
| 診断名（病名等） | | | | |
| 診断を受けた病院等 | | | | |

・あてはまる項目が特にない場合は、空欄で構いません。

＜診断名に関して＞
・特別支援教育をお考えになった発達面での診断名等があればご記入ください（例：知的障害・ASD・ADHD 等）。

＜医療（発作・アレルギー・医療的ケア）＞
・学校生活上で心配のある場合には“あり”に丸を付け、通院している医療機関や処方されている薬をご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療について | 医療機関名 | ① | ） |
| | | ② | ） |
| | | ③ | ） |
| | 発作<br><あり・なし> | 服薬 | ①薬剤名：　（朝・昼・夕・晩） |
| | | | ②薬剤名：　（朝・昼・夕・晩） |
| | アレルギー<br><あり・なし> | | ③薬剤名：　（朝・昼・夕・晩） |
| | | | ④薬剤名：　（朝・昼・夕・晩） |
| | 医療的ケア<br><あり・なし> | 内容 | 吸引・経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう・導尿・酸素・人工呼吸器<br>その他（　　） |
| | 【学校生活を送る上での配慮事項】<br><br>特になし | | |

・学校生活を送る上で、医療的な配慮の必要のある場合は、具体的にご記入ください。