

令和8年度 就学先相談の申込書

(申込日) 令和8年 月 日

☆この相談は、**発達支援学級・特別支援学校を検討されている方が対象**です。
相談の際に参考にさせていただきますので、差し支えない範囲で御記入ください。

(ふりがな) お子さんの氏名	()	男・女	(ふりがな) 保護者の氏名	()
生年月日	令和 年 月 日		続柄	
国籍		通 訊	必要 () 語) ・ 不要	
住 所	〒 - 浜松市 区 アパート名等 ()	連絡がつく電話番号	所有者 ()	
		日中に対応可能な時間帯		
		上記に繋がらない時の電話番号	()	
現在通っている 幼稚園・保育園等		未就園	学区の 小学校	小学校

■家 族

ふりがな 氏 名	(年・文	続柄	職業等	ふりがな 氏 名	(年齢)	続柄	職業等
()				()			
()				()			
()				()			

■これまでに利用された(現在継続されている)療育・相談・医療機関・手帳について

療育	左の欄に○をつけてください		場所・名称		期 間		継続中の場合は 現在も に○	
		<input type="checkbox"/>	たんぼぼ広場(1歳6か月児健診後)			歳 か月～	歳 か月	現在も
	<input type="checkbox"/>	就園前親子グループ			歳 か月～	歳 か月	現在も	
	<input type="checkbox"/>	併行/並行通園	施設名		歳 か月～	歳 か月	現在も	
			週 回	曜日				
	<input type="checkbox"/>	ことばの教室		小学校	歳 か月～	歳 か月	現在も	
	<input type="checkbox"/>	その他			歳 か月～	歳 か月	現在も	
相談	<input type="checkbox"/>	浜松市発達相談支援センター(ルピロ)			歳 か月～	歳 か月	現在も	
	<input type="checkbox"/>	相談支援事業所()			歳 か月～	歳 か月	現在も	

医療機関	医療機関名	受診科、リハビリ 心理、言語	受診期間	診断	服薬
	例) ○○病院	小児科(○○医師) 言語(△△先生)	2歳1か月から現在も 3歳2か月～5歳0か月	ADHD・言語の遅れ等	服薬のあり、なし 薬名

発達検査 ・ 知能検査	検査実施機関名	検査者	検査日	検査名	検査結果(可能な範囲で詳しく 御記入ください)	その他(検査予定がある場合は 御記入ください)
				令和○年○月○日		

手帳	取得している手帳がありましたら○を付けてください。 取得(更新)年月日 年 月 日 ・身体障害者手帳(級) ・療育手帳(A・B) ・精神障害者保健福祉手帳
----	---

相談可能日を複数○を付けてください。(御希望に添えない場合は連絡させていただきます。)
平日8:30～16:00の間で1時間～1時間半程度で相談を行います。

5月					6月					7月					8月				
月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金
					1	2	3	4	5			1	2	3	3	4	5	6	7
					8	9	10	11	12	6	7	8	9	10					
					15	16	17	18	19	13	14	15	16	17					
18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	20	21	22	23	24					
25	26	27	28	29	29	30				27	28	29	30	31					

※裏面もあります

■お子さんの発達や現在の様子をご記入ください。（当てはまる項目を○で囲んでください。複数回答可）

健診	1歳6か月児健診	・未受診	・受診した	→指摘や心配があった点	ある（	）	・ない
	3歳児健診	・未受診	・受診した	→指摘や心配があった点	ある（	）	・ない
食事	・全介助が必要 ・一部介助が必要 ・手づかみで食べる ・スプーンやフォークで食べる ・はしを使って食べることができるがぎこちない ・はしを使って自由に食べる ・偏食が強い						
排せつ	排尿	・全介助が必要	・時間を決めて行く	・尿意は伝えるが介助が必要	・全て一人でできる		
	排便	・全介助が必要	・パンツ、紙パンツで行う	・排便の後始末のみ介助	・全て一人でできる		
着脱	・全介助が必要 ・一部介助が必要 ・全て一人でできる ・ボタンはめ（できる できない） ・前後の区別（できる できない） ・表裏の区別（できる できない）						
行動	・興味がなかったり、苦手と感じたりすると座っていることができない ・興味や関心が移りやすい ・よく動き回っている ・パニックになることがある ・他害行動がみられる ・自傷行為がみられる ・テンションがあがりやすい ・こだわりがある ・奇声をあげる ・親から離れにくい ・自分の世界に入りやすい ・登校しぶりがある ・特になし						
集団参加	・集団参加ができる ・集団参加において支援が必要である ・小さな集団のみ参加できる ・集団活動への参加が難しい						
ことば	理解	・ことばの意味がわかる ・日常繰り返し用いられる簡単なことばは理解できる ・ことばの指示で行動をすることができる					
	表出	・発声のみ ・要求を単語で伝える ・要求を2～3語文で伝える ・簡単な会話ができる ・自由に会話ができる ・家では話す外では話さない ・発音の不明瞭さがみられる ・吃音がみられる					
文字や絵	読む	・文字への興味・関心がある ・自分の名前がわかる ・ひらがな50音が半分程度読める ・ひらがな50音が全て読める ・カタカナが読める					
	書く	・自分の名前は書ける ・ひらがな50音が半分程度書ける ・ひらがな50音が全て書ける					
	描く	・なぐりがきになる ・○を描く ・人物を描く（顔、手、足、胴） ・描いたものが分かるように描く					
数	・数に興味がない ・大小がわかる ・多い、少ないがわかる ・3までの個数が数えられる ・5までの個数が数えられる ・10までの個数が数えられる ・10までの数字が読める ・10までの数字が書ける						
移動	・座位がとれる ・一人で座れる ・車椅子を使用している ・歩く時に支えが必要である ・支障なく歩ける						
身体	【目、耳、手、足などで心配な点があれば御記入ください。】						
病気	【既往症、アレルギー、医療的ケアなどあれば御記入ください。】						

■園や家庭での様子で心配なこと、配慮が必要なことがあれば御記入ください。就学に向けて知りたい情報なども御記入ください。

■これまでに浜松市教育委員会が関わっている就学先ガイダンスに参加したことがありますか。 ある（または参加申込済み） ・ ない

■現時点で相談したい就学先に○を付けてください。（発達支援学級や特別支援学校の種類で迷う場合は複数回答可）

・発達支援学級（① 知的 ② 自閉症・情緒 ③ 肢体不自由 ④ 難聴 ⑤ 弱視 ⑥ 病弱）

・特別支援学校（① 視覚 ② 聴覚 ③ 知的 ④ 肢体不自由 ⑤ 病弱）

・通級指導教室（聴覚） ※通常の学級に在籍し、週に1回程度、県立浜松聴覚特別支援学校で指導を受けます。

<通級指導教室（LD等・言語）をご希望の方は通常の学級へ入学後に学校と相談をしていくため、就学先相談の申し込みの必要はありません。>

*個人情報は、就学支援の目的以外には使用いたしません。