

就学相談票（入学前）

五泉市教育委員会

ふりがな 氏名		男 女	年 月 日生 (歳)	ふりがな 保護者		続 柄	
住所	[小学校区]			電話 <small>(携帯など 日中連絡が とれるもの)</small>			
幼稚園・保育園・こども園	() 保育園・幼稚園・こども園						年 月～
既往症	・病名 () ・治療期間 () ・特記事項 (例：風邪をひきやすい等) ()						
お子さんの 状況	知的発達に遅れ： 無 ・ 有 ()			情緒が不安定： 無 ・ 有 ()			
	目が不自由： 無 ・ 有 ()			耳が不自由： 無 ・ 有 ()			
	肢体が不自由： 無 ・ 有 ()			言葉が不自由： 無 ・ 有 ()			
	その他の疾病： () 投薬 (有 ・ 無)						
	上記について療育教室・相談歴・通院歴・検査結果等がありましたらお書きください。						
家族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄	氏 名	年 齢	続 柄	
日常配慮を要すること、お悩みのことをお書きください（日常的な困難、友達関係など）							
教育支援委員会の希望 ※就学相談後に記入 担当者から教育支援委員会について説明を受け、教育支援委員会での判定を 希望します ・ 希望しません							

※本用紙および検査結果等を就学する学校に送付することに同意します。

サイン： _____ (自筆)

面談の記録（担当者が記入）

日 時	面談の概要