

記入者	続柄（ ）		記入年月日	令和	年	月	日
-----	-------	--	-------	----	---	---	---

フリガナ			フリガナ			
幼児名			保護者名	続柄（ ）		
性別	生年月日		相談時	通園施設名		
	令和 年 月 日		歳	幼稚園・保育園		
居住区	大阪市 区 在住		居住地小学校			
			区 小学校			
療育手帳	あり・なし	A ・ B1 ・ B2	身体障がい者手帳	あり・なし	種 級	
			その他の手帳	あり・なし		
診断名						
健康の状態	※現在通院、加療している疾病や、活動の制限等、お身体のことでお伝えおきたいことをご記入ください。					
食物アレルギー （アレルゲン）	あり ・ なし （ ）		他のアレルギー （アレルゲン）	あり ・ なし （ ）		
医療的なケア	※「医療的ケアの確認」（別紙③）をもとに、現在行っている医療的なケアがあれば、ご記入ください。					
	医ケアの内容					
	ケアの時間帯や頻度					
	ケアに必要な器具など					
幼児の様子	※更衣・食事・排泄の様子やお家での過ごし方、気になることなどをご記入ください。					
通学方法 （予定）	保護者の同伴介助通学希望 ・ 通学バス乗車希望 ・ その他（ ）					
現時点の 就学先希望	本校への就学しか考えていない。					
	他校への就学と併せて本校への就学も検討している。					
	現時点で希望 する順に番号を つけてください。	}	本校（難波支援学校）			
			大阪教育大学附属特別支援学校 小学部			
			居住区域の小学校			
その他（学校選択、私立等）〔 立 小学校〕						
〈その他、何かございましたら ご記入ください〉						