

就学相談申込書

申込日： 令和〇年 〇〇月 〇〇日

北九州市教育委員会 様

保護者氏名：

ふりがな ① お子さんの名前	きたきゆう いちろう		性別	生年月日	平成	〇	〇	〇	月	〇	日					
	北九 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	〇	歳	〇〇		月							
ふりがな ② 保護者の名前 (世帯主)	きたきゆう たろう		続柄	連絡先	自宅	921-2230										
	北九 太郎		父		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		母								
郵便番号 ③ 住所	〒 802-0803		() 小学校区 () 校区		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		父								
	小倉南 区 春ヶ丘10番2号				※番号の右に所有者をご記入ください											
④ 現在、在籍している園(所)・学校	幼児	<input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園等		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> ・どなたの携帯かご記入ください ・電話連絡しますので、日中にご連絡 がつながる電話番号をお願いします </div>												
		幼稚園・保育所等名														
	電話番号															
	在学級	学校名・学年										〇〇小		学校	〇	年
		電話番号										〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
<input checked="" type="checkbox"/> 通常の学級		<input checked="" type="checkbox"/> 通級指導教室 (〇〇小 学校)														
学級	特別支援学級	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害	<input type="checkbox"/> 難聴												
	市立特別支援学校	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 病弱												
	県立特別支援学校	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害													
⑤ 家庭での様子	◎お困りの点やご心配な点がありましたら記入してください。 ・家庭生活では乱暴な面が見られる。 ・自閉的傾向があり、〇〇にこだわりを持っている。 ・言葉の力が付いてきている。2~3語文での会話なら大丈夫である。 ・静かに話を聞くことができない。注意をするとパニックになる。															
⑥ 病気等	◎大きな病気等ありましたら記入してください。 ・てんかんがあり、投薬中である。薬でのコントロールができています。 ・心臓疾患で手術をした。運動の制限はない。															
⑦ 相談事項	◎主に相談されたいことをご書きください。 ・学習に遅れがあるが、特別支援学級での教育が適切であるか相談したい。 ・体力的に弱く、病気がちである。現在の学年の学習理解は難しい。この子の状況に応じた学習環境を相談したい。 ・多動傾向があり、離席や教室からの飛び出しがある。通常の学級で過ごせるかを相談したい。															
⑧ 就学希望先	<input type="checkbox"/> 通常の学級															
	特別支援学級	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input checked="" type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害	<input type="checkbox"/> 難聴												
	市立特別支援学校	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 病弱												
	県立特別支援学校	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害													
⑨ 新設希望 ※6月30日締め切り(厳守)	<input checked="" type="checkbox"/> 有		◎「有」にし点を付けた場合は、学校名も記入すること。 ①新設希望校 (A小学校 学校)													
	<input type="checkbox"/> 無		②新設できなかった場合の希望学校 (B小学校													

⑩ 障害の状態	診断(障害)名		診断機関(病院等)名		診断時期					
	自閉症スペクトラム障害		総合療育センター		○年○月					
	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 肢体不自由						
	<input type="checkbox"/> 病弱・虚弱	<input type="checkbox"/> 言語障害	<input checked="" type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害							
	◎障害の状態について具体的に記入してください。 ・発達障害の診断を受けている。言葉の遅れがあり、対人関係が苦手である。手先に不器用さがある。 ・脳性まひのため、移動は車いすを使用する。着脱衣など介助が必要である、 ・知的障害があるため、簡単な言語理解はできるが、言語表出は見られない。									
⑪ 手帳	服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		・交付日・次回交付日を忘れずに記入をお願いします。							
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」にレ点を付す									
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	種	級	月	日	交付				
	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 ※交付日・次回交付日も記入してください。	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2	交付日	○	年	○	月	○	日	交付
	次回更新	○	年	○	月	予定				
<input type="checkbox"/> その他 ()	交付日		年		月		日	交付		
⑫ 心理発達検査	<input checked="" type="checkbox"/> 1年以内に実施した (実施した機関 総合療育センター)									
	<input type="checkbox"/> 実施する予定あり	年	月	日	予定	実施機関				
⑬ 補装具等	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> クラッチ・杖 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳									
	<input type="checkbox"/> 単眼鏡・ルーペ <input type="checkbox"/> その他 ()									
⑭ 治療・相談を受けた病院・施設等	<input checked="" type="checkbox"/> 特別支援教育相談センター		相 談 内 容 治 療 等	・○歳からA病院で言語面と運動面の訓練を受けている。 ・小学校○先生から、Bセンターで教育相談を受け、家庭での支援や配慮についての助言を受けている。						
	<input type="checkbox"/> 教育相談	年度								
	<input type="checkbox"/> 就学相談	年度								
	<input checked="" type="checkbox"/> 通級相談	○○					年度			
	<input checked="" type="checkbox"/> 総合療育センター <通っている診療や療育にレ点をつけてください。>									
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 眼科									
	<input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input checked="" type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> その他									
	<input type="checkbox"/> 子ども総合センター(児童相談所)									
	<input type="checkbox"/> 発達障害者支援センター(つばさ)									
	<input type="checkbox"/> 少年支援室 ()									
<input checked="" type="checkbox"/> 病院 (○○クリニック)										
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (区役所のわいわい子育て相談)										
※上記施設・病院等における個人情報の使用を										
※必ずご回答ください。 → <input checked="" type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない										
⑮ 家族構成 ※差し支えなければお書きください。	<input type="checkbox"/> 祖父 <input checked="" type="checkbox"/> 祖母 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母									
	<input checked="" type="checkbox"/> 兄 (学年等 ○年)	<input type="checkbox"/> 姉 (学年等)								
	<input checked="" type="checkbox"/> 弟 (学年等 ○年)	<input type="checkbox"/> 妹 (学年等)								
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
⑯ その他	◎気になることがありましたらお書きください。									

※記入または入力(印刷)後は、学校、幼稚園、保育所(園)等にお渡しください。記入方法が分からない場合は、お問合せください。

※相談日の連絡は申込み後1~2か月程度お待ちいただく場合があります。

※申込時期や学年によっては、10月以降の日程連絡及び相談実施になる場合があります。ご理解の程よろしくお願いたします。

※特別支援学級(自閉症・情緒障害)等の入級にあたって、必要に応じて有料の意見書等の提出を依頼することがあります。