

# 令和 6 年度 就学相談申込書 (在学生)

学校の管理職との面談実施日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

北九州市教育委員会 様

申込日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

## 保護者氏名

ふりがな ① お子さんの名前	きたきゅう いちろう	性別	生年 月日	平成	○	年	○	月	○○	日	
	北九 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	○	歳	○○	月				
ふりがな ② 保護者の名前 (世帯主)	きたきゅう たろう	続柄	連絡先	○○○-○○○○-○○○○ 母							
	北九 太郎	父		※日中必ず連絡が取れる番号をご記入ください。 ※携帯の場合、右の箇所に続柄をご記入ください。							
③ 郵便番号 住所	〒 ○○○ -○○○○ (○○) 小学校区 (○○) 中学校区										
	○○ 区 ○○○○-○-○										
※今年度中(令和7年3月まで)に転居予定がある場合はご記入ください。 転居予定時期: 令和 年 月 新住所: 県 市											
④ 現在、在籍している学校	在学	学校名・学年	○○○○	学校	○	年					
	学級	電話番号	○○○-○○○-○○○○								
		<input checked="" type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 通常の学級 通級による指導									
		特別支援学級	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱					
		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。 ・自閉的傾向があり、○○にこだわりをもっている。 ・静かに話を聞くことが難しく、注意されるとパニックになる。 ・集団に対する不安が強く、集団活動に参加することが難しい。										
⑥ 病気等	◎大きな病気等ありましたら記入してください。 ・心疾患があり、年少の頃に手術をした。運動制限はない。										
⑦ 相談事項	◎主に相談されたいことをお書きください。 ・友達の気持ちを理解することが難しく、友 ・学習に遅れがあり、現在の学年の学習内 ・この子にあった学習環境を相談したい。										
⑧ 就学希望 ※通級による指導を希望される方は、希望先について○を付けてください。	◎希望される就学先の□に希望順位										
	<input type="checkbox"/> 通常の学級										
	<input type="checkbox"/> 通常の学級 通級による指導 (言語 難聴 弱視 情緒 LD・ADHD)										
	特別支援学級	1	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱					
	市立特別支援学校	2	知的								
県立特別支援学校		視覚									
⑨ 新設希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※「有」にレ点を付けた場合は、学校名 <input type="checkbox"/> 無										

現在、通常の学級に在籍している児童生徒のうち、通常の学級のみを希望し、特別支援学校や特別支援学級についての就学先検討をお考えでない場合は、申し込む必要はありません。就学相談以外の相談(教育相談、通級相談)をご検討ください。

現在、通常の学級に在籍し、通級による指導(特別支援教室)のみ希望される方は、就学相談を申し込む必要はありません。学校にご相談の上、「通級による指導(特別支援教室)申込書」を使用し、通級による指導(特別支援教室)の申込みを行ってください。

⑩ 障害の状態	診断(障害)名	診断機関(病院等)名	診断時期	診断書	
	自閉症スペクトラム障害	総合療育センター	○年○月	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input checked="" 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。 ・自閉症スペクトラム障害の診断を受けている。対人関係が苦手である。 ・言葉の遅れがあり、自分の気持ちを詳しく話したり、理由を説明したりすることが苦手である。				
服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (薬品名 )					
⑪ 手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」にレ点を付けた場合は、下記も記入してください。				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	種	級	年 月 日 交付・取得予定	
	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 ※交付日・次回更新日も記入してください。	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2		○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 (交付) 取得予定	
				○ ○ 年 ○ 月 (更新) 更新予定	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	種	級	年 月 日 交付・取得予定		
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( 子ども総合センター )				
	<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	・○歳の頃から、総合療育センターで療育(言語)を受けている。 ・A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助言を受けている。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;">           医療的ケアを実施している場合は、実施内容にチェックしてください。実施していない場合は「無」にチェックしてください。         </div>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 教育相談	○○			年度
	<input type="checkbox"/> 就学相談				年度
	<input 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"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 眼科		<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 精神科	<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"/> 教育支援室 ( )				
<input type="checkbox"/> 病院 ( )					
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
※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 医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 吸入	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 導尿		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	病院名 ( )				
⑯ 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 type="checkbox"/> 祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 父	<input checked="" type="checkbox"/> 母	
	<input type="checkbox"/> 兄 (学年等 )		<input type="checkbox"/> 姉 (学年等 )		
	<input checked="" type="checkbox"/> 弟 (学年等 年長 )		<input type="checkbox"/> 妹 (学年等 )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
⑰ 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。

※相談日の日時、場所の連絡は申込み後、数か月程度お待ちいただく場合があります。※相談の所要時間は1時間から1時間半程度です。

※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。