

[保護者記入欄]

秘

通級による指導 (特別支援教室) 申込書

令和 〇年 〇月 〇日

北九州市教育委員会 様

保護者氏名 〇〇 〇〇 続柄 (〇)

ふりがな	〇〇〇 〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 男	生年月日	平成		〇〇小 学校
本人氏名	〇〇 〇〇	女	(年齢)	〇〇年 〇月 〇日	学校名	〇 年 〇 組
住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇〇区 〇〇町 〇丁目 〇番 〇〇号 *北九州市については不要			連絡方法	(2) 電話 〇〇〇-〇〇〇〇 (1) 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (3) その他 〇〇〇-〇〇〇〇 *日中つながりやすい順番を記入してください。	
これまでの様子 及び 通級による指導 で、改善・克服 してほしい点	<p>※ 生活面・学習面で気になることをお書きください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・授業中に落ち着きがない。忘れ物が多い。 ・見通しをもてないと、不安になる。集団行動が苦手。 ・漢字の書き取り、算数の計算問題・文章問題が苦手。 ・落ち着いて授業に参加してほしい。 ・文字をバランスよく書けるようになってほしい。 ・整理整頓ができるようになってほしい。 ・友達と仲良く過ごせるようになってほしい。他 					
通級による指導 の希望先	<input type="checkbox"/> 難聴・言語	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒	<input type="radio"/> LD・ADHD		
※ 〇を記入	<p><主な指導内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・補聴器等の管理に関する事 ・聴覚の活用に関する事 ・言語概念の形成 ・発音・発語の指導 	<p><主な指導内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・視覚補助具(単眼鏡・ルーペ等)の活用 ・視覚認知 ・目と手の協応 	<p><主な指導内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・円滑なコミュニケーション ・適切な対人関係 ・心理的な安定 ・行動の調整 	<p><主な指導内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・聞く・話す・読む・書く・計算する・推論すること ・不注意によるミスを減らすこと ・行動の調整 		
これまでに、相談・判断・診断・治療等を受けた病院・相談機関等	<input type="checkbox"/> 特別支援教育相談センター ・教育相談 _____ 年度 ・就学相談 _____ 年度 ・通級相談 H29年度 (〇〇小学校) ・早期相談 _____ 年度 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (_____ 特別支援学校) <input type="radio"/> 総合療育センター <input type="checkbox"/> 発達障害者支援センター「つばさ」 <input type="checkbox"/> 障害福祉センター <input type="radio"/> 子ども総合センター (児童相談所) <input type="checkbox"/> 教育支援室 (_____ 教育支援室) <input type="checkbox"/> 病院 (_____ 病院) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			<p>治療・相談の内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5歳の頃、言葉の相談に行く。 		
※ 該当するものに〇を記入	<input type="checkbox"/> 総合療育センター <input type="checkbox"/> 発達障害者支援センター「つばさ」 <input type="checkbox"/> 障害福祉センター <input type="radio"/> 子ども総合センター (児童相談所) <input type="checkbox"/> 教育支援室 (_____ 教育支援室) <input type="checkbox"/> 病院 (_____ 病院) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			<p>診断・判断の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断・判断 LD・ADHD 自閉症スペクトラム障害の疑い <p>・診断・判断を受けた機関・時期 (機関名: 〇〇病院 _____) (時期: H〇〇年 〇〇月頃)</p>		
個人情報の使用承認 ※ どちらかに〇を記入	上記病院・相談機関等における個人資料の使用を <input type="radio"/> 認める ・ <input type="radio"/> 認めない					
通級による指導 の相談会希望日	相談会参加希望について、第1希望から第6希望までの順位を()にご記入ください。(1~6の数字で記入) ● 教育センター (八幡西区) (6) 8/30 (金) (5) 9/18 (水) (2) 10/16 (水) (1) 10/30 (水) (3) 11/19 (火) ● 特別支援教育相談センター (小倉南区) (4) 上記以外の平日 (9:00~16:30) *備考 (_____)					

管理職との面談日 (6月 21日)

*記入が終わりましたら、学校にご提出ください。

[学校記入欄]

秘

通級による指導 (特別支援教室) 申込書

令和 ○年 ○月 ○日

北九州市教育委員会 様

申 込 者	○ 年 ○ 組	ふりがな	○○○ ○○○○	平成○○年 ○月 ○日生
		本人氏名	○○ ○○	
心理発達 検査等の 記 録	実施年月日	検査等の名称・結果 (検査実施機関名)		
	○年○月○日	田中ビネー知能検査V CA ○:○ MA ○:○ IQ ○:○ (SC○○)		
	○年○月○日	WISC-IV CA ○:○ FSIQ ○○ VCI ○○ PRI ○○ WMI ○○ PSI ○○ (○○病院)		
学校での 様 子	◇ 学習面で困っていること *具体的にご記入ください			
	<ul style="list-style-type: none"> ・授業中の様子 ・国語科の理解、表現、興味・関心等の様子 ・算数 (数学) 科の理解、表現、興味・関心等の様子 ・制作活動や集団活動での様子 など 			
個別の指 導計画作 成に基づ く取組や 校内支援 体制	◇ 集団参加・対人関係で困っていること			
	<ul style="list-style-type: none"> ・行事等の傘下の様子 ・友達関係での様子 ・授業への参加状況 など 			
校 長 の 所 見	保護者面談日 (月 日) 記入者氏名 (○○ ○○) (担任) 担任外			
	◇ 校内委員会での取組を記入してください。			
	<ul style="list-style-type: none"> ・現在までの取組状況。(担任・学年・コーディネーター・SSW 等の関わりなど) ・通級による指導で改善が期待できること。 ・通級による指導についての条件の確認。 ・保護者や本人の希望の確認。 			

学校長氏名 (自署) ○○ ○○

*自署の場合は公印省略可

電 話 ○○○ - ○○○○

※ 様式 I [保護者記入欄]、通級による指導 (特別支援教室) 申込者参考資料をあわせて、北九州市立特別支援教育相談センターにご提出ください。

〒802-0803 北九州市小倉南区春ヶ丘 10 番 2 号 (TEL 921-2230)

申込書提出期限 令和 6 年 7 月 31 日 (水) 必着