

令和6年度 就学相談申込書(年長)

在籍園(所)等の管理職との面談実施日:令和〇年〇月〇日

北九州市教育委員会 様

申込日:令和〇年〇月〇日

保護者氏名: 北 九 次 郎

ふりがな ① お子さんの名前	きたきゅう はなこ	性別	生年月日	平成	〇	年	〇	月	〇〇	日	
	北九 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	〇	歳	〇〇	月				
ふりがな ② 保護者の名前 (世帯主)	きたきゅう じろう	続柄	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
	北九 次郎	〇		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
※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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (〇〇) 小学校区 (〇〇) 中学校区										
	〇〇 区 〇〇〇-〇〇〇-〇-〇										
	※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、在籍している園(所)等	年長	<input checked="" type="checkbox"/> 幼稚園・保育所(園)等		<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 在宅					
		在籍園(所)等名		〇〇〇園							
		電話番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇							
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、自分の思い通りにいかないことがあると乱暴な言動が見られる。 ・2~3語文の会話をすることができる。 ・移動や食事など、次の行動にうつる前に大人の声かけが必要である。 ・排泄が自立しておらず、現在紙パンツを使用している。トレーニング中である。										
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。薬でコントロールできている。 ・年少の頃、食物アレルギーが原因で検査入院した。										
⑦ 相 談 事 項	◎主に相談されたいことをご書きください。 ・多動傾向があり、幼稚園の教室から飛び出すことがある。 ・この子に合った学習環境を相談したい。										
⑧ 就学希望 ※通常の学級のみをご希望の場合は、 申込む必要はありません。	◎希望される就学先の□に第3希望まで										
	<input type="checkbox"/> 通常の学級										
	特別支援学級	2	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	<input type="checkbox"/>	
	市立特別支援学校	1	知的障害	<input type="checkbox"/>	肢体不自由	<input type="checkbox"/>	病弱	<input type="checkbox"/>			
県立特別支援学校	<input type="checkbox"/>	視覚障害	<input type="checkbox"/>	聴覚障害	<input type="checkbox"/>						
⑨ 新 設 希 望	<input checked="" type="checkbox"/> 有			新設希望校							
	※「有」にレ点を付けた場合は、学校名も記入			(〇〇〇小 学校)							
<input type="checkbox"/> 無			※新設希望は、校区の学校に限ります。								

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(早期教育相談)をご検討ください。

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	A病院	○年○月	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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。 ・簡単な言語理解はできる。 ・聴覚過敏があり、大きな音が苦手である。					
服薬 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (薬品名 ○○○、○○○)						
⑪ 手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」にシ点を付けた場合は、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 checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	令和○ 年 ○ 月 ○ 日 交付・取得予定		
				令和○ 年 ○ 月 更新 更新予定		
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級	年	月	日 交付・取得予定		
⑫ 心理発達検査	<input type="checkbox"/> 1年以内に実施した 実施した機関()					
	<input checked="" type="checkbox"/> 実施する予定あり	令和○ 年 ○ 月 ○ 日 予定	実施機関	子ども総合センター		
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 type="checkbox"/> 特別支援教育相談センター		相談内容・治療等	・年少のころから、A病院で言語面と運動面の訓練を受けている。 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。		
	<input type="checkbox"/> 早期教育相談				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シ点を付けてください。>					
	<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 type="checkbox"/> 言語			<input type="checkbox"/> 心理	<input type="checkbox"/> その他()
	<input checked="" 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"/> わいわい子育て相談					
<input type="checkbox"/> 病院 (A病院)		⑮ 医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入			
<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿			
※上記施設・病院等における個人情報の使用を			<input type="checkbox"/> その他 ()			
※必ずご回答ください。 → <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない		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 checked="" type="checkbox"/> 兄 (学年等 小2)		<input type="checkbox"/> 姉 (学年等)			
	<input type="checkbox"/> 弟 (学年等)		<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、在籍園(所)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。ご理解の程よろしくお願いたします。

※相談の所要時間は1時間程度です。

※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。