



令和5年度 就学相談票

記入日	令和5年 5月1日	記入者名	教育 花子	続柄	母
ふりがな	きょういく たろう		性別	生年月日	
①お子様の名前	教育 太郎			平成〇年〇月〇日生まれ (11歳)	
ふりがな	きょういく いちろう	続柄	電話	連絡先 ※日中必ず連絡が取れる番号	
i (Iの小文字) と l (Lの小文字) と 1 (数字) 0 (数字) と o (Oの小文字) - (ハイフン) と _ (アンダーバー) の 区別がつくように記載してください。	父	①090-0000-0000 (母)			
		②080-0000-0000 (父)			
	mail-01@〇〇.ne.jp ↑エル、ゼロ、イチ ※ @city.fukuoka-lg.jpのドメインの受信許可をお願いします				
③現住所	郵便番号 (800-0000) 福岡市 中央区 〇〇1丁目 〇-〇-〇		居住校区 〇〇小 〇〇中		
※今年度中(令和6年3月まで)に転居予定がある 転居予定のある方は、わかる範囲でご記入ください。 転居予定時期: 令和 6年 2月 / 新住所: 福岡県 〇〇市 (細かい住所は1月中旬に決まる予定)					
④現在籍	〇〇小 学校	6年 (学年)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 通級中 (難聴、言語、情緒・LD/ADHD等: 学校) <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的障がい) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (知的障がい、肢体不自由、病弱、視覚、聴覚)		
手書きの場合は、当てはまる所に <input checked="" type="checkbox"/> や <input type="checkbox"/> (マル) をつけてください。 エクセル入力の場合は、 当てはまる学級種や学校種のみを残し、 ほかの文字を消してください。 (例では、特別支援学級の学級種別で、 「知的障がい」のみを残しています。)			特別支援学級 1 知的障がい (校区内の特学) 2 自閉症・情緒障がい 3 肢体不自由 4 弱視 5 病弱※院内学級		
			特別支援学校 1 知的障がい 2 肢体不自由 3 弱視 4 視覚障がい		
迷われている場合は、ご希望順にご記入ください。					
※特別支援教育を希望する理由を記入してください。 子どもの力を伸ばすため、特性に応じた支援を受けたいと思っておりますが、どちらが子どもに合っているか分からず悩んでいます。					
⑥お子様の状態等 (1)	診断	診断 (障がい) 名	診断機関 (病院等) 名	診断時期	
		自閉スペクトラム症 知的障がい	〇〇クリニック	(平成) 〇年〇月 頃	
	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有: 記載⇒ 服薬中の薬の名前:			
	生活の様子 ※あてはまるところにチェックを入れるか、塗りつぶしてください。				
食事	<input checked="" type="checkbox"/> お箸を使うことができる	<input type="checkbox"/> 偏食が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギーがある		
排せつ (トイレ、おむつ)	<input checked="" type="checkbox"/> 援助なくできる	<input type="checkbox"/> 拭き上げは援助が必要	<input type="checkbox"/> おむつを使用		
着替え	<input type="checkbox"/> 援助なくできる	<input checked="" type="checkbox"/> 声掛けが必要	<input type="checkbox"/> 援助が必要		
登校	<input type="checkbox"/> 登校しづりがある	<input checked="" type="checkbox"/> 行事の前は不安定になりやすい			

お子様の名前				教育 太郎				
⑥お子 状態 (2)	視力	※視力・聴力欄は、視力障がい・聴力障がいがあり、就学相談をご希望の場合のみご記入ください。 ※聴力検査を実施し、結果が手元にある方はご提出ください。						
	手書きの場合は忘れずに記入してください。 (エクセルでは1ページ目と同じ氏名が自動で記入されます)						：左 dB 聴力：右 dB	
<input type="checkbox"/> 単いす <input type="checkbox"/> グラフツテ・杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 拡大鏡 <input type="checkbox"/> その他：()								
⑦手帳	○なし							
	●あり	身体障害者手帳		級	年	月	日	○交付 ○取得予定
		療育手帳		等級 (○A1 ○A2 ○A3 ●B1 ○B2)	H29年5月 15日 ●交付 ○取得予定			
手帳の更新を控えている場合は、検査予定日を							R5年5月 20日 ○更新 ●更新予定	
⑧検査歴の欄にもご記入ください。							年 月 日 ○交付 ○取得予定	
※「検査」とは、知能指数 (IQ) や発達指数 (DQ) が算出される知能検査、発達検査を指します。								
⑧ 検査 歴	○なし							
	●あり	検査機関A (えがお館・療育センター)						
		<input checked="" type="checkbox"/> こども総合相談センター (えがお館/福岡市児童相談所) <input type="checkbox"/> あいあいセンター <input type="checkbox"/> 西部療育センター <input type="checkbox"/> 東部療育センター						
	検査日 (最後に実施された日)		H29年 11月 30日		あいあいセンター			
次回の検査予定がある方		R5年 5月 20日		検査予定		えがお館		
●あり	検査機関B (病院、クリニック、臨床心理センター、福岡市外の機関等)							
	機関名 ○○クリニック							
	診療科名		小児神経科		担当者名		○○ 先生	
	検査日 (最後に実施された日)		R4年 10月 15日					
	実施検査名 (分かれば)		WISC-IV					
IQ/DQの数値 (分かれば)		非常に低い		※数値または「平均」「境界域」等でも可				
次回の検査予定がある方		年 月 日		検査予定		※受診日ではありません		
*検 同 準	手元に検査結果がある場合は、厳封の上在籍校へご提出ください。 提出された場合は、チェック欄にレ点をお願いします。						同封した方は、右の口に チェックをお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/>	
⑨ 家 族 構 成	※年齢 (学年) は 未成年者のみで 構いません	本人から見た 続柄	年齢 (学年)	備考・健康状態等 (気になることがあれば)	本人から見た 続柄	年齢 (学年)	備考・健康状態等 (気になることがあれば)	
		父		単身赴任中	祖母			
		母						
		弟	6					
		妹	2					
※今回申し込まれたお子様のごきょうだいで、今年度の就学相談または通級コースにお申込みされているお子様が いらっしゃる場合は、以下の欄にその方のお名前をご記入ください。								
お名前	教育 次郎	学校・園名	はったつ幼稚園			学年	年	

承諾書

お子様の名前

教育 太郎

手書きの場合は忘れずに記入してください。
(エクセルでは1ページ目と同じ氏名が自動で記入されます)

就学相談に必要と認められる発達に応じた支援を勧めていくため、ご署名をお願いいたします。
本市及び関係機関ともに個人のプライバシーは厳守します。

本年度の相談申し込みにあたり、以下の内容について承諾いたします。

1. 福岡市教育委員会が、療育センターや医療機関等の関係機関から、就学相談に必要な発達検査等の資料提供を受けることについて
2. 現在在籍している幼稚園・保育所・通園施設等及び就学先の学校（入学予定校・転出先校・通級指導教室を含む）へ就学相談の結果を通知することについて
3. 就学先の学校（入学予定校・転出先校・通級指導教室を含む）へ、お子様の支援に必要な発達検査等の関係資料を提供することについて
(※保護者様の同意に加えて、実施機関の承諾が得られている場合のみ送付いたします)
4. 福岡市外の転出予定先の教育委員会へ、就学相談資料、お子様の支援に必要な発達検査などの関係資料や、就学相談の結果を提供することについて

令和 5 年 5 月 1 日

保護者氏名

教育 一郎

※発達検査についての補足説明 [重要]

- ・ これまでに発達検査の経験がない場合、当センターでの検査をご案内する場合があります。
当センターでの検査では、詳しい検査結果の配布や結果説明は行っておりません。
詳しく発達の状況を把握されたい方は、療育センターや医療機関の受診をお勧めします。
- ・ 当センターで受検された検査結果を医療機関へ提供されたい場合は、『情報提供依頼書』を医療機関から当センターへご送付いただくよう、医療機関へご依頼ください。
書式の規定はありませんが、保護者の了承を得ていることが分かる一文を明記してください。
- ・ 就学相談申し込み後に、医療機関等で検査日が決定した場合は、発達教育センターへ検査日をご連絡ください。