

# 就学相談申込みについて

## 1 基本情報の入力



**【ご案内】に添付したQRコードを読み取り、入力をお願いいたします。**

## 2 面談①の日時の決定について



QRコードで申込みの際に、希望日を入力していただきます。日時が決まりましたら、教育センター就学相談担当よりお電話にてご連絡いたします。

## 3 面談時にお持ちいただく物



**【就学相談お申込み票（A4紙）】**

**\*事前に記入いただいたもの（裏面）**

**（HPからもダウンロードができます）**

**【検査資料等】（お持ちであれば）**

**\*当日メールアドレスの登録をお願いしています。**

入間市教育センター ☎04-2964-8355（就学相談担当）

E-Mail: kodomomirai@city.iruma.lg.jp

# 就学相談申し込み票

令和 年 月 日 記入

|  |   |    |  |            |                    |                |  |
|--|---|----|--|------------|--------------------|----------------|--|
| ふりがな   |   |    | 性別   | 生年月日       |                    | 所属施設名          |  |
| お子さんの氏名  |   |    |  | 令和 年 月 日   |                    | (登園開始時期: 歳 ヶ月) |  |
| 住 所  | 〒 入間市   |    |  | 連絡先 (電話番号) |                    | 学区による指定校       |  |
| 家族構成   | 氏名  | 続柄 | 氏名   | 続柄         | 氏名                 | 続柄             |  |
|  |   |    |  |            |                    |                |  |
|  |   |    |  |            |                    |                |  |
| 生育歴<br>*母子手帳等<br>を参考にわか<br>る範囲でお書<br>きください。              | 在胎 ( 週 )  |    | 出産時体重 ( g )  |            | つかまり立ち ( ヶ月 )      |                |  |
|  | 歩き始め ( 歳 ヶ月 )   |    | 話し始め ( 歳 ヶ月 )  |            | オムツがとれたのは ( 歳 ヶ月 ) |                |  |
|  | 健診時に発達について指摘を受けたことはありますか? ある (1歳6か月・3歳児)・ない<br>指摘された内容等 ( ) |    |  |            |                    |                |  |
|  | 大きな病気にかかったことはありますか?ある ( 歳 ヶ月/病名 )・ない                        |    |  |            |                    |                |  |
| 現在通っている療育機関等がありますか?<br>【 ない ・ ある 】 (ある場合→)               |   |    | 療育機関名: ( )・茶おちゃお・元気キッズ<br>利用開始時期: 歳 ヶ月 / 利用頻度        |            |                    |                |  |
| 発達や疾患、障害に関するかかりつけの医<br>療機関はありますか?<br>【 ない ・ ある 】 (ある場合→) |   |    | 医療機関名:<br>診断名: / 通院頻度<br>服薬:ない ・ある (薬名: /1日 回 朝・昼・夜) |            |                    |                |  |
| 交付手帳等  | 【ない・ある】 (ある場合→)   |    | 身体障害者手帳 ( 種 級 )・療育手帳 ( )・精神保健福祉手帳                    |            |                    |                |  |
| 就学相談のお申し込みをされた理由   |   |    |  |            |                    |                |  |

◎現在のお子様の様子をご記入ください。(当てはまるところに○印をつけてください)

|         |       |  |
|---------|-------|--|
| 身 辺 処 理 | 食 事   | 自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助  |
|         | 排 泄   | 自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助  |
|         | 着 替 え | 自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助  |
| 移 動 面   |       | 自立 ・ ほぼ自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助  |
| 感覚の過敏さ  |       | ない ・ ある (聴覚 ・ 感覚 ・ 視覚 ・ 嗅覚 ・ その他 ( ))  |
| 集団活動    |       | 参加可能 ・ 部分参加 (支援があれば参加できる) ・ 難しい  |
| こ と ば   | 表 出   | 日常会話可・二語文程度・単語程度・発声程度・表出なし   |
|         | 理 解   | 日常会話可・二語文程度・単語程度・発声程度・難しい  |
| 行 動 面   |       | 一斉指示で行動できる ・ 個別の声掛けが必要・こだわりがある<br>初めての場面は苦手・落ち着きがない・行動の切り替えが難しい<br>ささいなことで怒りやすい<br>その他 ( )   |
| 就学先の希望  |       | <input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級<br><input type="checkbox"/> 特別支援学校 ( ) <input type="checkbox"/> 検討中 |