



令和5年度 就学相談票

記入日	令和5年	月	日	記入者名		続柄	
ふりがな				性別	生年月日		
①お子様の名前					平成 年 月 日生まれ (歳)		
ふりがな			続柄	電話	優先連絡先 ※日中必ず連絡が取れる番号		
②保護者名 (世帯主名)				①	()		
				②	()		
メールアドレス	@ ※ @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 (-)			居住校区			
	福岡市 区			小			
※今年度中(令和6年3月まで)に転居予定がある場合は以下の欄にもご記入ください							
転居予定時期: 令和 年 月 / 新住所: 県 市							
④現在籍	(幼稚園・保育園・児童発達支援センター名)						
⑤就学希望	就学先の希望順位(数字)を□の中にお書きください。(第1希望のみでも可)						
	通級指導教室		特別支援学級		特別支援学校		
	難聴		知的障がい (校区内の特学)		知的障がい		
	言語障がい		自閉症・情緒障がい		肢体不自由		
	情緒・LD/ADHD等		肢体不自由		病弱		
	※通常の学級に在籍しながら、週1回程度保護者と共に通級校に通います。指導、観察、担当者との面談があります。※この欄にチェックを入れた場合、別紙通級アンケートの提出が必要です。		難聴		聴覚障がい		
			弱視		視覚障がい		
		病弱※院内学級					
※就学先について相談されたいことや、特別支援教育を希望する理由を記入してください。							
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	
						(平成・令和) 年 月 頃	
	服薬	○なし ○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 type="checkbox"/> お箸を使うことができる		<input type="checkbox"/> 偏食が多い		<input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある		
排せつ(トイレ、おむつ)	<input 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 type="checkbox"/> 声掛けが必要		<input type="checkbox"/> 援助が必要		
登園	<input type="checkbox"/> 登園しぶりがある		<input type="checkbox"/> 行事の前は不安定になりやすい				

お子様の名前								
⑥お子様の状態等(2)	視力聴力	※視力・聴力欄は、視力障がい・聴力障がいがあり、就学に関してご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、オーディオグラム(聴力検査表)の写しが手元にある方はご提出ください。						
	補装具等	※使用中や、使用予定のある場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> クラッチ・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)			
		交付日:		年	月	日	○交付 ○取得予定	
最新の更新日:		年	月	日	○更新 ○更新予定			
精神障害者保健福祉手帳		級	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 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)		年	月	日		
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			
○あり	検査機関B(病院、クリニック、臨床心理センター、福岡市外の療育機関・医療機関等)							
	機関名 _____							
	診療科名		担当者名			先生		
	検査日(最後に実施された日)		年	月	日			
	実施検査名(分かれば)		_____					
IQ/DQの数値(分かれば)		_____ ※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			
*検査機関AまたはBで実施された検査結果のコピーをご家庭にお持ちの方は、同封してください。お持ちでない方は発達教育センターから取り寄せますので準備の必要はありません。						同封した方は、右の口にチェックをお願いします。 <input 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)	
※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		学校・園名			学年			年

承諾書

お子様の名前

就学相談への申し込みをされるにあたって、今後、お子様の成長・発達に応じた支援を勧めていくために、下記の内容についてご確認ください、ご同意いただける場合は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 年 月 日

保護者氏名

※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。