|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 取手市教育委員会指導課　**就学に関する相談票** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本  人 | ふりがな  本人の名前 | | |  | | | | 性別 | | | 生年月日 | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | |
| 住　　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | （　　　　　　　）小学校区 | | |
| 現在の状況 | | | １．幼稚園・保育所等へ通園している（　　　　　　　　　　　　　　　　　　所・園　）  ２．視覚障害・聴覚障害特別支援学校の幼稚部に通学（　　　　　　　　　　　　学校　）  ３．在宅  ４．こども発達センターを利用している（　　年　　　月から　　週　　回、　月　　回）  ５．児童発達支援を利用している（施設名　　　　　　　　　　　週　　回、　月　　回）  ６．病院のリハビリに通っている 　　　　　　　　　７．病院等に入院している | | | | | | | | | | | |
| 生　育　歴 | | | 胎児期の異常（無・有　　　　　　）  出産時の異常（無・有　　　　　　）  出生時期　　（　　　　　　　　週）  出生時の体重（　　　　　　　　ｇ）  出生後の状況  （　　　　　　 　　　　　　　　）  つかまり立ち（　　　年　　　ヶ月）  歩き始め （　　　年　　　ヶ月）  始語 　　 （　　　年　　　ヶ月） | | | | | 既往歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  相談歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  通院歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 診断を受けている方はご記入ください。  病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医師名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  診断名および診断を受けた日  （　　年　　月・診断名　　　　　　　　　　　　　）  服薬 　なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保護者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | | | | 日中連絡先（続柄）※連絡が取りやすい番号　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　） | | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | | | | 保護者の職業・勤務先 | | | | | | |
| 同居家族 | 続柄 | 祖父 | | | 祖母 | 父 | 母 | | | 兄  （ 人） | | 姉  （ 人） | | 弟  （　人） | 妹  （　人） |
| 年齢 |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
| 心配なこと | | | （できるだけ具体的にご記入願います。） | | | | | | | | | | | | |
| 保護者の願い | | | （できるだけ具体的にご記入願います。） | | | | | | | | | | | | |
| 就学希望 | | | ・通常の学級　　　・特別支援学級（　知的　　　自・情　　　言語　　　難聴　）  ・特別支援学校（　知的　　　肢体不自由　　　聴覚　　　視覚　　　病弱　） | | | | | | | | | | | | |

※　この用紙は保護者の方がご記入ください。　　　　　　　　　　　記入日　　　月　　　　日

※　記入が終わりましたら、保護者または幼児教育施設から、教育委員会指導課へ持参または郵送で　　ご提出ください。

※　面談日の調整のため、下記電話番号から指導課相談員が連絡しますのでご了承ください。

０２９７（７４）２１４１　取手市教育委員会　指導課　特別支援教育相談員