

秘

受付 番号	No,	【特別支援学級・特別支援学校用】 対象：幼稚園、認定こども園 保育園（所）、家庭保育等
----------	-----	---

令和 年度 浦添市教育支援委員会資料  
(特別支援学級・特別支援学校【就学版】)

申 請 書  
(調査・検査に関する同意書含む)

幼児名 \_\_\_\_\_

在園名 \_\_\_\_\_

担任名 \_\_\_\_\_

園のTEL \_\_\_\_\_

# 同意書

下記の事項について同意いたします。

記

- 1 浦添市教育支援委員会に、下記幼児の就学に関する検査・調査を依頼すること。
  - 2 検査・調査結果については、浦添市教育支援委員会が教育支援及び就学支援の手続きに使用すること、学校においては教育支援に活用すること。
  - 3 審査結果報告書については、浦添市教育支援委員会が学校等関係機関において、教育支援に活用すること。
- 以上

令和 年 月 日

幼児名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

●保護者の本児に対する希望 (希望するものいずれか1つに○をつけて学校名等を記入して下さい)

1. 小学校特別支援学級【 \_\_\_\_\_ 小学校 知的・情緒・その他 ( \_\_\_\_\_ )】へ就学させたい。

2. 特別支援学校【 \_\_\_\_\_ 特別支援学校 (視覚・聴覚・知的・肢体不自由・病弱)】へ就学させたい。

※ご家族の意見は一致していますか? ( はい ・ いいえ )

⇒いっえの理由( \_\_\_\_\_ )

●ご希望する小学校の特別支援学級、または特別支援学校への体験、見学を行いましたか?

⇒【体験した(頻度: \_\_\_\_\_ 回)・見学した(知的・情緒・その他( \_\_\_\_\_ )学級・校内見学のみ)・経験無し】

⇒【体験・見学をした人に○で囲んでください: 本人 ・ 保護者 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )】

## 生活実態調査表

ふりがな		現住所	生年月日	年 月 日
幼児名	男・女		年月日	( ) 歳
保護者氏名		電話番号	① 父・母・その他 ( _____ )	
			② 父・母・その他 ( _____ )	
①家族構成 (続柄は本人中心に)	続柄	氏名	年齢	勤務先・学校・学年

② 保 育 ・ 教 育 歴	<p>1. これまでの保育・教育歴を教えてください。</p> <p>【 [記入例] 生後～2歳：家庭保育 2歳～5歳：〇〇保育園（発達支援保育）6歳：〇〇幼稚園（特別支援学級） 3歳～4歳：親子通園たんぽぽ 5歳～現在：児童デイサービス〇〇 等 】</p>
③ 障 害 ・ 疾 病 の 状 況 等	<p>1. 病院で障害や疾病があると判断されたことがありますか。 (1) ある (2) ない →ある場合 診断機関名 ( ) 診断時期 ( 歳頃)</p> <p>※<u>診断書に記載のある</u>診断名（該当するものを○で囲む・複数回答可）          ①ADHD（注意欠如・多動症／障害（旧：注意欠陥・多動性障害）） ②視覚障害 ③聴覚障害          ④自閉スペクトラム症／障害（旧：広汎性発達障害、アスペルガー障害等） ⑤知的障害 ⑥言語障害          ⑦LD（限局性学習症／障害（旧：学習障害）） ⑧てんかん ⑨肢体不自由 ⑩情緒障害          ⑪その他 ( )</p> <p>※投薬（有 ・ 無） 投薬時期 ( ~ )          薬の種類，副作用など ( )          ( )</p> <p>2. 手帳を取得していますか。 (1) 取得している (2) 特になし          →取得している場合（下記のとてはまる等級を ○で囲む / 記入する）          種類：療育手帳（ A1 A2 B1 B2 ）・身体障害者手帳（ ）級・精神障害者保健福祉手帳（ ）級</p>
④ 相 談 歴 ・ 各 種 検 査 歴 等	<p>1. 発達等が気になりだした時期 ( ) 歳頃          →どのようなことが気になりましたか。          [ ]</p> <p>2. 病院，その他関係機関で発達について相談したことがありますか。 (1) ある (2) ない          →ある場合 (病院・児童相談所・教育センター・大学・福祉事務所・その他)          相談機関名： _____</p> <p>3. 今まで受けた検査（直近で受けた日時を記入） ※3歳児健診や園の健診での結果も可。          (1) 視力検査を受けたことがありますか。          イ ある（最新の検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日・場所 _____ (結果 異常なし ・ 診断有り) )          ロ ない          (2) 聴力検査を受けたことがありますか。          イ ある（最新の検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日・場所 _____ (結果 異常なし ・ 診断有り) )          ロ ない          (3) 今までに知能・発達検査を受けたことがありますか。          イ ある（最新の検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日・場所 _____ 結果 _____ )          ロ ない 【結果の記入例】 WISCⅢ (IQ:80 言語:73 動作:87)、 K式(DQ:75 認知:85 言語:70)          その他の検査 ( )</p> <p>(4) <u>今年、知能・発達検査 (WISC, K式, 田中ビネー 等) を受けた、もしくは受ける予定がありますか。</u>          イ ある (検査日・検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日・場所 _____ )          ロ ない</p>

