

# 就学相談受付票 (令和4年度 中学校入学予定者用)

※必須項目

申込日：令和3年 月 日

|         |   |          |         |             |         |
|---------|---|----------|---------|-------------|---------|
| お子さんの氏名 | (ふりがな)  | 性別       | 生 年 月 日 | 平 成 年 月 日 生 | ( ) 歳   |
|         |   | 男・女      |         |             |         |
| 申込者氏名   | (ふりがな)  | お子さんとの関係 | 日中の連絡先  | 自宅： - -     | 携帯： - - |
|         |   |          |         | (父・母・)      |         |
| 住 所     | 〒 葛飾区   |          |         |             |         |
| 就学希望    | 特別支援学級 (葛美・新宿・奥戸・青戸・綾瀬・四ツ木・上平井) 中学校<br>特別支援学校 (盲・ろう・知的・肢体不自由) 中学部 |          |         |             |         |

※特別支援教室利用については、在籍している小学校にご相談ください

※以下の該当する箇所記入、○をつけてください

|   |  |              |  |  |        |
|---|--|--------------|--|--|--------|
| 手 帳   | 無・有 愛の手帳 度・身障手帳 (種 級)  |              |  |  |        |
| 在 籍 校   | 小学校  | 現在、特別支援学級に在籍 |  |  | はい・いいえ |
|   | 第 6 学年   | 現在、特別支援教室を利用 |  |  | はい・いいえ |
| 療育機関  | 通所曜日   | 通所頻度         | 週・月 回  |  |        |
|   | 通所曜日   | 通所頻度         | 週・月 回  |  |        |
| 医療機関  | 通院頻度   | 週・月 回        |  |  |        |
|   | 通院頻度   | 週・月 回        |  |  |        |
| お子さんの様子について   | 運動 (当てはまる箇所に○)   |              | 対人関係・集団参加 (当てはまる箇所に○)                                    |  |        |
|   | 姿勢補助が必要<br>座位可<br>補助があれば歩行可<br>自立歩行可   |              | ほとんど成立しない<br>特定の人となら成立する<br>小集団活動に参加できる<br>大きな集団活動に参加できる |  |        |
|   | お子さんの学校生活や日常生活で気になること・困っていることがありましたらご記入ください。<br>※対人コミュニケーション面、社会性、情緒面、こだわり、学習面など |              |  |  |        |
| 電話連絡や面接が難しい曜日・時間帯、面接にあたって配慮してほしいことなどがありましたらご記入ください。 |  |              |  |  |        |

ご記入ありがとうございました。総合教育センターへ郵送または持参してください。

※送付先→〒125-0053 葛飾区鎌倉2-12-1 葛飾区立総合教育センター 就学相談担当あて  
受付後、担当から面談日時についてご連絡いたします。

総合教育センター記入欄

|              |  |      |           |     |
|--------------|--|------|-----------|-----|
| 担当班          | A・B・C・D・E・F・G  | 面接日時 | 年 月 日 ( ) | : ~ |
| 初回面談時<br>持ち物 | 連携ファイル (私の紹介・アイリスシート)<br>発達検査 母子手帳 障害者手帳<br>その他成長の様子がわかるもの |      |           |     |

# 就学相談受付票 (令和4年度 中学校入学予定者用)

※必須項目

申込日：令和3年 月 日

|         |  |          |                 |         |  |
|---------|--|----------|-----------------|---------|--|
| お子さんの氏名 | (ふりがな) <b>かつしか つよし</b><br><b>葛飾 強</b>  | 性別       | 男・女<br><b>男</b> | 生 年 月 日 | 平成 <b>21</b> 年 <b>12</b> 月 <b>25</b> 日生<br>( <b>11</b> ) 歳 |
| 申込者氏名   | (ふりがな) <b>かつしか きょうこ</b><br><b>葛飾 教子</b>  | お子さんとの関係 | 母               | 日中の連絡先  | 自宅： - -<br>携帯： <b>080-XXXX-XXXX</b><br>(父 <b>母</b> )       |
| 住所      | 〒 <b>124-0053</b><br>葛飾区 <b>鎌倉2-12-1</b>                                       |          |                 |         |  |
| 就学希望    | 特別支援学級 ( 葛美・新宿・ <b>奥戸</b> ・青戸・綾瀬・四ツ木・上平井 ) 中学校<br>特別支援学校 ( 盲・ろう・知的・肢体不自由 ) 中学部 |          |                 |         |  |

※特別支援教室利用については、在籍している小学校にご相談ください

※以下の該当する箇所記入、○をつけてください

|   |  |              |   |  |  |
|---|--|--------------|---|--|--|
| 手 帳   | <b>無</b> ・有 愛の手帳 度 ・ 身障手帳 ( 種 級 )  |              |   |  |  |
| 在 籍 校   | <b>高 砂</b> 小学校<br>第 6 学年   | 現在、特別支援学級に在籍 | はい・ <b>いいえ</b>  |  |  |
|   |  | 現在、特別支援教室を利用 | はい・ <b>いいえ</b>  |  |  |
| 療育機関  | 通所曜日   | 通所頻度         | 週・月 回   |  |  |
|   | 通所曜日   | 通所頻度         | 週・月 回   |  |  |
| 医療機関  | 通院頻度   | 週・月 回        |   |  |  |
|   | 通院頻度   | 週・月 回        |   |  |  |
| お子さんの様子について   | 運動 (当てはまる箇所に○)   |              | 対人関係・集団参加 (当てはまる箇所に○)   |  |  |
|   | 姿勢補助が必要<br>座位可<br>補助があれば歩行可<br><b>自立歩行可</b>                                      |              | ほとんど成立しない<br>特定の人となら成立する<br>小集団活動に参加できる<br><b>大きな集団活動に参加できる</b> |  |  |
|   | お子さんの学校生活や日常生活で気になること・困っていることがありましたらご記入ください。<br>※対人コミュニケーション面、社会性、情緒面、こだわり、学習面など |              |   |  |  |
| 授業についていけない。宿題は少しずつ進められるが、集中が途切れやすい。学校では担任の先生が気にかけてくれているが、おとなしく、行動や言葉に幼い部分があるため、クラスの友達にお世話されている。 |  |              |   |  |  |
| 電話連絡や面接が難しい曜日・時間帯、面接にあたって配慮してほしいことなどがありましたらご記入ください。   |  |              |   |  |  |
| 仕事中はすぐに電話に出られません。着信があれば折り返し電話します。   |  |              |   |  |  |

ご記入ありがとうございました。総合教育センターへ郵送または持参してください。

※送付先→〒125-0053 葛飾区鎌倉2-12-1 葛飾区立総合教育センター 就学相談担当あて  
受付後、担当から面談日時についてご連絡いたします。

総合教育センター記入欄

|              |  |      |               |
|--------------|--|------|---------------|
| 担当班          | A・B・C・D・E・F・G  | 面接日時 | 年 月 日 ( ) : ~ |
| 初回面談時<br>持ち物 | 連携ファイル (私の紹介・アイリスシート)<br>発達検査 母子手帳 障害者手帳<br>その他成長の様子がわかるもの |      |               |