

園・学校名			自宅住所					
フリガナ			生年月日	平成 年 月 日	性別	男・女		
児童生徒名			続柄					
フリガナ			連絡先					
保護者氏名								
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先・学校名	続柄	氏名	生年月日	勤務先・学校名
出産状況	・妊娠期間()週		・出生時体重()g					
育児の上で 気になった事								
現在 家庭での様子 やお友だちとの様子、気になる事や困っている事など								
医療・福祉 教育相談 歴	機 関 名		期 間		支援・サービス(治療・訓練)の内容			
診 断 名		診断機関(病院等)名			診 断 時 期			
発作 無・有 (頻度や状況;)								
服薬 無・有 ()								
手帳	無・有	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳 【()級 年 月 日 交付】					
		<input type="checkbox"/>	療育手帳 【(A1・A2・B1・B2) 年 月 日 交付】					
		<input type="checkbox"/>	その他(手帳名等;)					
発達検査等の 提供について	医療機関等で、1年以内に実施した発達検査資料をお持ちの場合、提供をお願いしています。申請書と一緒にお願いします(但し、提出締切時点で資料があるものに限る)。 無・有 (有の場合 検査を受けた医療機関名; 年 月 日実施)							
お子さんの就学に関する希望をお選びください(番号を○で囲む)。	1 通級指導教室の利用を検討している (言語 / LD・ADHD) ※ 現在、通級が設置されているのは 羽地小・屋部小・大宮小・名護小・東江小・大北小・羽地中・名護中・東江中・大宮中 2 名護市立小中学校の特別支援学級への入級を検討している 3 県立特別支援学校への就学・転学を検討している 4 現在特別支援学級に在籍しており、通常学級を検討している							

名護市教育委員会 教育長 殿

教育支援に係る相談及び検査等を受け、名護市教育支援委員会で児童生徒の就学先について審議することを承諾します。

また、教育支援に係る情報(検査資料等)について、必要に応じて、名護市教育支援委員会及び就学先の学校等の関係機関に提供することを同意します。

令和 年 月 日 児童生徒氏名 保護者氏名 印