

(就学前-1)

令和 年 月 日

きこえの検査 ・ ことばの検査

相談申込書

\* 申し込みをする検査に○をしてください。

杉並区教育委員会 あて

ふりがな 児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	在籍園	
保護者氏名			
電話番号	*検査日時調整のため、電話連絡をします。日中に連絡が付きやすい連絡先をご記入ください。 <自宅> <勤務先または携帯電話>		
住所	〒 杉並区		

<同意欄>特別支援教育課が、申込先の教室(ことばの教室)と入学予定校へ児童の情報を共有することや連絡を取り合うことに

( 同意します ・ 同意しません )

○知的障害学級の児童は、対象となりません。  
○特別支援教室との併用はできません。  
○発達の遅れや行動面での課題(落ち着きのなさなど)が大きい場合は、「きこえとことばの教室」の通級対象にならないことがあります。

お子さんの様子について

1 在籍園や病院、健診などで、聞こえにくさを指摘されたことがある。

(ある・ない) 「ある」の場合 → 右耳 ( ) dB、左耳 ( ) dB

※病院で行った聴力検査の結果(オーディオグラム)がある場合は、ご提出ください。

※病院名 ( )

※補聴器の利用 ( あり ・ なし )

聞こえの様子について、ご記入ください。

2 相談の内容

できるだけ詳しくご記入ください。

★特別支援教育課が、お子さんの所属している園へ所見を依頼することに

( 同意します ・ 同意しません )

★特別支援教育課の職員が、お子さんの所属園で参観することに

( 同意します ・ 同意しません )