

令和8年度 特別支援申請書

申請番号は学校教育課が記入する

申請No.

① 基本情報(該当する箇所に☑をしてください)

ふりがな	うらそえ はじめ	性別	男・女
幼児氏名	浦添 一	園(施設)名	おひさま保育園
保育形態	<input type="checkbox"/> 通常保育 <input checked="" type="checkbox"/> 発達支援加配	7月中旬から8月末の登園	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(夏休み)
家庭保育の場合の療育状況	<input type="checkbox"/> 児童発達支援センターたんぼぼ <input type="checkbox"/> 児童ディ(施設名:)		
生年月日・年齢	(20 20 年) 平成・令和 2 年 5 月 5 日生 【現在: 6 歳】		
現住所 (住民票の記載通り)	浦添市 安波茶一丁目1番1005号 たいようマンション		
次年度の学校	<input checked="" type="checkbox"/> お住いの校区の小学校(浦添 小学校【※記入必須】) <input checked="" type="checkbox"/> 転出予定【 <input checked="" type="checkbox"/> 市内(牧港 小学校) <input type="checkbox"/> 市外(市町村名:)】 <input type="checkbox"/> 指定校変更、受検などを検討している(変更先の学校名: 小学校)		

② 保護者の意見等(該当する箇所に☑をしてください)

申請の種類 <small>(希望する学びの場や障がい種を一つ選択して☑すること)</small>	<input type="checkbox"/> 通級指導教室申請 (<input type="checkbox"/> 言語通級 <input type="checkbox"/> 発達通級)
	<input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級申請 ※①知的②知的支援学校で迷っています。 (<input checked="" type="checkbox"/> 知的① <input type="checkbox"/> 自閉情緒 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 言語)
	<input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学校申請 (<input checked="" type="checkbox"/> 知的② <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱)

申請理由(集団における学びにおいて、お子さまにはどんな苦手さや困り感があると思いますか)

自分の思い通りにならないとすぐ怒り出し、保育園では友達が使っているおもちゃを横取りして遊ぶこともあり、相手の気持ちや周りの状況を理解することが難しいです。気になったことが目に入ると衝動的に行動し、道路に飛び出すこともあります。相手の話を理解することや言葉で思いを伝えることが苦手で、すぐ手が出たり、物を投げます。多くの声かけや手助けが必要だと思っています。

就学を希望する通級指導教室や特別支援学級、特別支援学校等へ

見学済 (本人 保護者) まだしていない 計画中(月頃見学予定)

同意書(下記の事項をすべて確認し☑した上で、ご署名ください。)

- 特別支援申請について子供本人は同意しています。(子供の立場から必要だと思えます)
- 特別支援申請について家族も同意しています。
- 特別支援の申請に基づき、申請児童生徒の就学に関する検査・調査を実施することを同意します。
- 検査や調査の結果を基に審議し、その結果を就学事務に活用することについて同意します。
- 審議結果については、保護者の希望と異なる場合があることを了解します。
- 審議結果については、浦添市教育委員会が学校等関係機関に情報提供することについて同意します。

上記の事項について、すべて同意のうえ特別支援の申請をします。

令和 8 年 7 月 7 日

保護者氏名(自署)

浦添 一夫

③家族情報 (住民票に記載されているとおりにご記入ください)

保護者氏名	浦添 一夫	TEL①: 080-0000-1111 (母・父・)
		TEL②: 080-1111-0000 (母・父・)

家族構成

続柄	氏名	学校名・学年	続柄	氏名	学校名・学年
本人	浦添 一	おひさま保育園 年長			
父	浦添 一夫				
母	浦添 花子				
妹	浦添 花菜	おひさま保育園 2歳児組			

④保育歴・教育歴(該当する箇所にご記入ください)

年齢	園名	保育の種類・学籍
2歳～3歳	おひさま保育園	<input checked="" type="checkbox"/> 通常保育 <input type="checkbox"/> 発達支援加配(2歳～ 3歳)
3歳～現在	おひさま保育園	<input type="checkbox"/> 通常保育 <input checked="" type="checkbox"/> 発達支援加配(3歳～ 6歳)

医療や福祉に繋がっている場合には、以下の該当項目にご記入ください。(該当する箇所にご記入ください)また、申請時に「診断書(写し)」「障害者手帳(写し)」「お薬手帳の服薬情報(写し)」を提出ください。

⑤障がいや疾病の状況、相談歴

特別支援に係る かかりつけの病院名	たいよう発達相談クリニック			
特別支援に係る 診断名	自閉スペクトラム症			
	知的障がい			
服薬名	なし			
障がい者手帳 <small>※児童デイの受給者証は 該当しません。</small>	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請中	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種類) (級)		<input type="checkbox"/> 申請中	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)		<input type="checkbox"/> 申請中	
相談歴	相談時の年齢	3歳頃	相談機関名	保健相談センター
	相談内容	かんしゃくがひどい、言葉が遅い		
これまで利用した相談機関 と療育の状況	<input checked="" type="checkbox"/> こども未来課巡回相談 <input type="checkbox"/> 基幹相談センター「てだこの森」 <input checked="" type="checkbox"/> 保健相談センター <input type="checkbox"/> 児童デイ通所 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援センターたんぽぽ <input type="checkbox"/> その他()			

知能(発達)検査を受けたことがある場合には、手元にある最新の検査結果報告書(検査機関が発行したもの)の写しの提出もお願いします。該当する箇所にご記入して、必要事項を記述してください。

⑥知能検査・発達検査の状況

検査の有無	<input type="checkbox"/> 一度も検査を受けたことはない <input checked="" type="checkbox"/> 過去に受けたことがある <input checked="" type="checkbox"/> 近々病院等で検査予定			
お手元にある 最新の検査結果	検査日	令和6年1月30日	検査実施機関名	たいよう発達相談クリニック
	【記入例】 WISC-IV IQ85(言語理解88 知覚推理90 ワーキングメモリー73 処理速度75)			
	<input type="checkbox"/> WISC-IV <input type="checkbox"/> WISC-V <input type="checkbox"/> 田中ビネー <input checked="" type="checkbox"/> K式		DQ49(認知・適応52 言語・社会47)	
病院や相談機関等で検査予定の状況	検査予定日	7月 15日	検査実施機関名	たいよう発達 相談クリニック

幼児氏名	浦添 一	お子様の状況を把握することで適切な審議・指導支援に活かすことを目的としています。
------	------	--

⑦申請幼児の現在の状況(該当する箇所を☑してください)

身体機能	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし(一人で歩行できる) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝返りができるようになった <input type="checkbox"/> はいはいで移動している <input type="checkbox"/> つかまり立ちができるようになった <input type="checkbox"/> 2、3歩ひとりで歩くようになった 【現在使用しているもの】 <input type="checkbox"/> 車椅子(バギー) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 補装具
	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし(医療的なサポートは必要としていない) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> インシュリン等注射 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 人工酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()
視覚	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし(見え方に気になることはない) <input type="checkbox"/> 明暗の区別ができる程度の視力である <input type="checkbox"/> 本などを読む時、極端に目を近づける <input type="checkbox"/> 眼鏡(<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 乱視) <input type="checkbox"/> 「見え方」に関する診断がある <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 眼振 <input type="checkbox"/> その他()
聴覚	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 大きな音に反応しない <input type="checkbox"/> 大声で話すと少し聞こえる程度 <input type="checkbox"/> 近くで話しても、正しく聞き取れていない(聞き間違いがある)【 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々】 <input type="checkbox"/> 「聞こえ」に関する診断がある <input type="checkbox"/> 軽度難聴 <input type="checkbox"/> 中度難聴 <input type="checkbox"/> 重度難聴 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 人工内耳(<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) <input type="checkbox"/> 補聴器(<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)
姿勢運動	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input checked="" type="checkbox"/> ハサミが上手く使えない <input checked="" type="checkbox"/> ひも結びが苦手 <input checked="" type="checkbox"/> 長い間座る時、姿勢が崩れやすい <input type="checkbox"/> 走り方がぎこちない <input type="checkbox"/> 発達性協調運動障がい(DDT)の診断がある <input type="checkbox"/> うまく身体を動かして運動することが苦手(例:縄跳び、鉄棒) <input type="checkbox"/> 「発達性協調運動症」の診断がある <input type="checkbox"/> まばたきを頻繁に繰り返す <input type="checkbox"/> 顔を頻繁にしかめる <input type="checkbox"/> 首を頻繁に振る <input type="checkbox"/> 肩を頻繁にすくめる <input type="checkbox"/> 頻繁に飛び跳ねる動きのくせがある <input type="checkbox"/> 咳ばらいを繰り返すなど音を繰り返すくせがある <input type="checkbox"/> 「チック」の診断がある
食事	<input type="checkbox"/> 特に問題なし(自立している) <input checked="" type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(内容:) <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input checked="" type="checkbox"/> 異食(内容:石を口に入れてなめる) <input checked="" type="checkbox"/> 箸がうまく使えない <input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる <input checked="" type="checkbox"/> 食事中に離席がある(<input type="checkbox"/> 頻繁にある <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある) <input checked="" type="checkbox"/> 声かけ <input checked="" type="checkbox"/> 介助
着脱	<input type="checkbox"/> 特に問題なし(自立している) <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分的介助(<input checked="" type="checkbox"/> ボタンの着脱 <input checked="" type="checkbox"/> ファスナー開閉) <input type="checkbox"/> 声かけ
排泄	<input type="checkbox"/> 特に問題なし(自立している) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツを使用している(<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input checked="" type="checkbox"/> おもらしがある(<input checked="" type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 大便)【 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input checked="" type="checkbox"/> 時々】 <input checked="" type="checkbox"/> おねしょがある <input checked="" type="checkbox"/> 大便後の拭き取り介助が必要である <input type="checkbox"/> 遺糞症の診断がある <input checked="" type="checkbox"/> 店舗など慣れていない場所のトイレでは付き添いを要する <input type="checkbox"/> 排泄はほとんど自立しているが、遊び等に夢中になって失敗する(<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々)
生活リズム	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 起床時に不調(<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> かんしゃくを起こす)
身辺整理	<input type="checkbox"/> 特に問題なし(自立している) <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 忘れ物が多く声かけを要する <input checked="" type="checkbox"/> 片づけが苦手で声かけを要する

<p>幼児氏名</p>	<p>浦添 一</p>	<p>お子様の状況を把握することで、適切な審議・指導支援に活かすことを目的としています。</p>
<p>⑦申請幼児の現在の状況(該当する箇所を☑してください)</p>		
<p>発話及びことば ※場面緘黙については「コミュニケーション」に設問があります</p>	<p><input type="checkbox"/> 特に問題なし(話し方に気になることはない) <input type="checkbox"/> 初めの音やことばの一部を、何回か繰り返して話すことがある(□時々 □頻繁) (例:「ぼ、ぼ、ぼ、ぼくが」、「おか、おか、おかあさん」など) <input type="checkbox"/> 初めの音をひきのばして話すことがある(□時々 □頻繁) (例:「ぼ——くがね」、「わ——たしは」など) <input type="checkbox"/> 言いたいことがあるのに、最初の言葉が出づらく、力を込めて話す(□時々 □頻繁) (時に顔をゆがめることもある) <input checked="" type="checkbox"/> 聞き取りづらい発音や正しく言えない音がある(例:「さかな」を「ちゃかな」と言う) (発音の内容:「ライオン」を「だいおん」、「魚」を「ちゃかな」と言う) <input type="checkbox"/> 言語に係る診断がある(□「口蓋裂」 □「口唇裂」 □構音障がい) <input type="checkbox"/> 専門機関で言語に関する検査を受けたことがある (言語検査の結果:) <input type="checkbox"/> 専門機関で言語訓練を受けている(専門機関名)</p>	
<p>コミュニケーション</p>	<p><input type="checkbox"/> 特に問題なし(コミュニケーションについて気になることはない) <input type="checkbox"/> 発声のみで言葉にならない <input type="checkbox"/> 喃語(【例】アー、アーなど) <input type="checkbox"/> 意味のある言葉を数語言う(【例】「はい」「いや」「マンマ」など) (内容:) <input type="checkbox"/> 二語文で話す(【例】「ママ キタ」など) (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 話す時には、言葉よりもジェスチャーで表現することが多い <input checked="" type="checkbox"/> 質問に合わない回答をする(会話がかみあわない) <input checked="" type="checkbox"/> 話す時に視線が合いづらい <input checked="" type="checkbox"/> 同年代と比較して知っている言葉が少ない <input checked="" type="checkbox"/> 自分の意見を一方的に話すことが多い <input type="checkbox"/> 家庭ではよく話す一方で学校などでは話すことが難しい □「場面緘黙」の診断がある (□首を振って意思表示できる □ジェスチャーで意思表示ができる <input type="checkbox"/> 絵カードや文字カードなどから自分の考えに合うものを選ぶことができる)</p>	
<p>社会性</p>	<p><input type="checkbox"/> 特に問題なし □集団との関わりの経験がまだない <input type="checkbox"/> 緊張などがあって、集団の中に入れない【□頻繁 □時々】 <input type="checkbox"/> 登園渋りがある(いつから:) <input checked="" type="checkbox"/> マイペースな行動が多い <input checked="" type="checkbox"/> 場面の状況や相手の気持ちを考えることが苦手 <input type="checkbox"/> 友だちと関わりたい思いはあるが、一人遊びが多い <input checked="" type="checkbox"/> 遊具の貸し借りが難しい、ひとり占めにする【<input checked="" type="checkbox"/>頻繁 □時々】 <input checked="" type="checkbox"/> 順番を守ることが難しい【<input checked="" type="checkbox"/>頻繁 □時々】 <input checked="" type="checkbox"/> 一番にならないと(負けると)怒る</p>	
<p>情緒面</p>	<p><input type="checkbox"/> 特に問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 初めての活動や新しい状況に対して不安を持ちやすい【<input checked="" type="checkbox"/>頻繁 □時々】 <input type="checkbox"/> 集団の中では固まる【□頻繁 □時々】 <input checked="" type="checkbox"/> 何かに夢中になると次の行動に切り替えることが難しい <input checked="" type="checkbox"/> 衝動的に体が動く(☑着席時に体が動く □人の話に割り込む) <input checked="" type="checkbox"/> 思い通りにならないと怒り出す【<input checked="" type="checkbox"/>頻繁 □時々】 <input checked="" type="checkbox"/> 奇声を発する □抜毛がある <input checked="" type="checkbox"/> 爪噛みをする <input checked="" type="checkbox"/> 自傷行為がある【□頻繁 <input checked="" type="checkbox"/>時々】(内容:怒って壁に頭をぶつける) <input checked="" type="checkbox"/> 他人に対して手や足が出る <input checked="" type="checkbox"/> 物を投げる <input checked="" type="checkbox"/> 暴言がある <input checked="" type="checkbox"/> 高所に上る <input checked="" type="checkbox"/> 道路へ飛び出す <input checked="" type="checkbox"/> 善悪の区別が難しい(☑善悪がわからない □善悪はわかるが自制できない) <input type="checkbox"/> 特定のこだわりがあり、融通がきかない(内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 感覚過敏がある(□音 □光 <input checked="" type="checkbox"/>衣服などの感触 □匂い □その他:)</p>	
<p>学習面</p>	<p><input type="checkbox"/> 特に問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 話した内容を正しく理解することが難しい【□頻繁 <input checked="" type="checkbox"/>時々】 <input checked="" type="checkbox"/> 指示通りに行動することが難しい(自分の好きなように取り組む)</p>	