

# 初期支援コース入級アンケート

ガイダンス日： 年 月 日  
 ガイダンス担当者：

入国年月日	年 月 日	国籍		性別	
転編入指定日	年 月 日	転編入指定校 学年	小/中学校 年		
児童生徒正式名					
名札の表記					

就学状況		月											特記事項		
学年	年齢	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	就学前の状況、本国の学校、外国人学校での就学状況など ※空白期間の要確認	
	0													出生地：	誕生日：
	1														
	2														
	3														
	4														
	5														
	6														
小1	7														
小2	8														
小3	9														
小4	10														
小5	11														
小6	12														
中1	13														
中2	14														
中3	15														

・アレルギー：【 無 ・ 有 】 ▶  
 ・体調、持病等：  
 ・得意な教科： / 苦手な教科：

## ■生徒の日本語力

・日本語学習経験：【 無 ・ 有 】 ▶学習期間： \_\_\_\_\_ 学習機関： \_\_\_\_\_

## ■保護者の日本語力

- ・担任からの電話連絡：【 日本語不可 ・ 日本語可 】▶つながりやすい時間帯： \_\_\_\_\_
- ・懇談会の通訳 : 【 要 ( 語 ) ・ 不要 】
- ・連絡文書の翻訳 : 【 要 ( 語 ) ・ 不要 】