



STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234  
Office of P-12

Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

家庭言語質問票 Home Language Questionnaire (HLQ)

保護者の皆様:

最善の教育を受けていただくため  
にお子様の英語での理解力、話す  
力、読む力、書字能力を今までの  
学校での様子、生育歴に加えて判  
断する必要があります。下記の言  
語歴、就学歴欄をご記入ください  
ご協力をお願いいたします

活字体でお願いします	
児童・生徒名:	
First Middle Last	
生年月日:	性別:
Month Day Year	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者との関係:	
Last Name First Name 児童・生徒との関係	

HOME LANGUAGE CODE

言語歴 (該当するものを全部を、チェックしてください)	
1. ご家庭では何語を使っていますか。	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> その他 _____ 何語ですか
2. お子さんが最初に話したのは何語でしたか。	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> その他 _____ 何語ですか
3. 保護者の方、それぞれの母語は何語ですか。	<input type="checkbox"/> 母親 _____、父親 _____ <input type="checkbox"/> それ以外の後見人(ある場合) _____
4. お子さんは何語を理解できますか。	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> その他 _____ 何語ですか
5. お子さんは何語を話しますか。	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 話さない 何語ですか
6. お子さんは何語を読めますか。	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 読めない 何語ですか
7. お子さんは何語を書けますか。	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 書けない 何語ですか

学区記入欄 THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	Address

## 家庭言語質問票 Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

### 就学歴

8. 現在まで学校には何年間、通学しましたか。 \_\_\_\_\_

9. 英語またはその他の言葉を理解する、話す、読む、書くなどの能力に関して、何らかの問題や状況が考えられますか。 もしあるとしたら何ですか。  
はい\*    いいえ    わからない  
            \*はい、の場合は説明して下さい。 \_\_\_\_\_

問題はどれくらい深刻だと思いますか。     あまり問題ない     多少問題がある     深刻な問題

10a. 教育査定 (educational evaluation) を受けたことがありますか。  いいえ     はい\* \*下の 10.b をご記入ください。

10.b 教育査定を受けた場合、お子さんは特殊支援教育を受けたことがありますか。  
 いいえ     はい——— どのような支援を受けましたか。 \_\_\_\_\_

支援教育を受けた年齢を教えてください。(当てはまる年齢全部をチェックしてください)  
 誕生から 3 歳まで(早期治療)     3 歳から 5 歳まで (特殊支援教育)     6 歳以上 (特殊支援教育)

10c. お子さんは個別教育計画 (IEP) を受けていますか。  いいえ     はい

11. お子様に関して学校が知っておいた方がよいことがありますか。 (例: 特別な才能、健康状態、その他)

12. 学校からの連絡は何語をご希望になりますか。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月 日 年 \_\_\_\_\_

保護者又は代理人のサイン \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

児童・生徒との関係:  母親     父親     その他: \_\_\_\_\_

(これ以下は学区記入欄です。)

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ MO. DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ MO. DAY YR.	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	