



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

## 母国語・家庭内使用言語質問票 (HLQ)

保護者各位:

お子様に最高の教育を施すには、お子様の英語の理解力、読み書き及び会話能力を把握し、就学前の状況を知る必要があります。下記の「使用言語」及び「学歴」の項目にご記入ください。質問票のご回答ありがとうございます。

以下の項目に活字体でご記入ください			
生徒氏名:			
名	ミドルネーム	氏	
生年月日:		性別:	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
月	日	年	
保護者氏名及び生徒との続柄:			
氏	名	続柄	

母国語コード

### 使用言語

(該当する項目すべてにチェックしてください)

1. お子様の家庭で話されている言語をお答えください	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 他	_____	具体的に記入
2. お子様の第一言語をお答えください	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 他	_____	具体的に記入
3. 保護者または両親の母国語をお答えください	<input type="checkbox"/> 母親	_____	<input type="checkbox"/> 父親	_____
	<input type="checkbox"/> 保護者	_____	_____	具体的に記入
4. お子様を理解できる言語をお答えください	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 他	_____	具体的に記入
5. お子様がお話できる言語をお答えください	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 他	_____	<input type="checkbox"/> 話せません
6. お子様がお読める言語をお答えください	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 他	_____	<input type="checkbox"/> 読めません
7. お子様がお書ける言語をお答えください	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 他	_____	<input type="checkbox"/> 書けません

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

母国語・家庭内使用言語質問票(HLQ) 2 ページ

学歴
8. お子様のこれまでの就学年数をお答えください _____
9. お子様は、英語又は他の言語の理解力、読み書きまたは会話能力に障害があると思われませんか。「はい」の場合下記の項目にご記入ください。 はい* <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分かりません <input type="checkbox"/> *「はい」の場合ご記入ください _____ 障害の程度はどの位だと思われませんか <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
10a. お子様は過去に特別支援教育の認定評価を受けるため、 <u>認定機関へ紹介</u> されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい* *下記 10b にご記入ください。 10b. * <u>認定評価の結果</u> 、お子様は特別支援教育を受けましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい - 受けた特別支援教育の種類: _____ 特別支援教育を受け始めた年齢 (該当するものすべてを選択してください): <input type="checkbox"/> 出生から3歳まで (早期支援) <input type="checkbox"/> 3歳から5歳まで (特別支援教育) <input type="checkbox"/> 6歳以上 (特別支援教育)
10c. お子様は過去に個別特別支援教育 (IEP)を受けましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11. 特に学校に知らせた方が良いと思われることがある場合は次の欄にご記入ください (特技, 健康問題等) _____ _____
12. 学校からの通知は何語をご希望ですか _____

月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_ 年: \_\_\_\_\_

保護者 署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

生徒との続柄:  母親  父親  他: \_\_\_\_\_

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:	