

㊦ 検査 事前調査シート

【記入日西暦 年 月 日】

【記入者 _____】

学校名	学校	学級	年組	性	男・女
ふりがな 氏名	さん	担任名	先生		
生年月日	西暦 年 月 日(歳) ◆出身園・学校				
家族構成					
医療機関	診断名				
◆過去の知能検査、発達検査等の記録 ※就学時の知能検査の結果等					
検査名	実施年月日	実施機関	結果		
◆身体的特徴等					
<input type="checkbox"/> 利き手(右・左) <input type="checkbox"/> 視力の困難(有・無) <input type="checkbox"/> 聴力の困難(有・無) <input type="checkbox"/> 服薬(有・無 具体的に _____) <input type="checkbox"/> その他検査を実施する上で身体面や健康面での配慮事項 (_____)					
◆相談内容(主訴) ※WISC-IV検査を実施する理由や学習面・行動面で気になる点等をできるだけ具体的に書きください。					
担任の考え					
◆保護者の意向、家庭の状況等		保護者の検査への合意 有 無			
◆校内委員会の考え		校内委員会開催 有 無			

◆児生の様子		
学 習 面	聞く	
	話す	
	読む	
	書く	
	計算する	
	推論する	
行 動 面	注意集中	
	集団参加	
	対人関係	
	興味・関心	
運 動 面	粗大運動	
	微細運動	
生 活 面	身辺処理	
	時間や 金銭感覚	

*個人情報ですので検査実施 2～3 日前までに、封書でいただけますよう、ご協力ください。