㊙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

□利き手（右・左）　　□視力の困難（有・無）　　□聴力の困難（有・無）

□服薬（有・無　具体的に　　）

□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）　※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お書きください。

◆担任の考え

◆保護者の意向、家庭の状況等

保護者の検査、教育相談への合意　　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。