

④相談 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） ※相談、学級アセスメント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	

*個人情報ですので教育相談実施 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。