

武岡台特別支援学校巡回相談事前資料

記入者（ ）

学校 年 組

ふりがな
氏 名

(男・女)

(通常の学級・特別支援学級・通級指導教室)

相談内容 (主訴)		
本人の長所		
巡回相談歴	あり ・ な し ※ (第 学年 回)	
現在の支援体制 (校内委員会で検討された支援策や共通理解事項)	支援員等による支援 あり ・ な し (頻度, 内容: ※頻度: 1日に2時間, 午前中のみ, 国語の時間など 記入 その他の支援 ◎ 対象児童生徒の個別の指導計画 (作成している・作成予定・作成していない)	
診断名等	あり ・ な し ※ (第 学年時) 診断名: 医療機関名:	
発達検査等 (WISC-Ⅲ・Ⅳ, 田中ビネー等)	検査名: 実施年月: 平成・令和 年 月 (第 学年時) IQ 等:	
学力検査等	検査名: 国 SS 数 SS 社 SS 実施年月日: 平成・令和 年 月 理 SS 英 SS	
手帳等の取得	あり ・ な し 手帳名: 取得年月日: 年 月 障害の程度:	
児童・生徒の様子		これまでの支援・配慮等(成果と課題)
学習面 (読む, 書く, 聞く, 計算, 運動等)		
生活・行動面 (集団, 個別, 場面・状況別等)		
その他 (友人関係・家庭での様子・こだわり等)		

※未記入のところがあっても構いませんので, できるだけ具体的に記入してください。