

武岡台特別支援学校巡回相談事前資料

記入者 ()

学校 年 組 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・Ⅴ、 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： 実施年月日：平成・令和 年 月 国 SS 数 SS 社 SS 理 SS 英 SS
手帳等の取得	あり ・ なし 取得年月日： 年 月 手帳名： 障害の程度：
児童・生徒の様子	
学習面 (読む、書く、聞く、計算、運動等)	これまでの支援・配慮等(成果と課題)
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)	
校内委員会で検討した内容や経過	

※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。