武岡台特別支援学校巡回相談事前資料

 記入者（　　　　　　　　　　）

 　 ふりがな

 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，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 　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。