

## 小・中学校用 アセスメント票（1）

作成日	令和 年 月 日（ ）	記入者	
-----	-------------	-----	--

相談 対象 者	（ふりがな） 児童生徒名		性別	
	〈学校名〉	〈学年〉 年 〈学級〉 通常学級・特別支援学級 （知・情・肢）	〈生年月日〉 H 年 月 日 歳	
通常 学級	*学年のクラス数：（          ）クラス			
	*学級の人数：（          ）名・・・男（          ）名・女（          ）名			
特別 支援 学級	*学級人数：計（          ）名			
	*本児を除く内訳：（          ）名 （例：1年男2名・4年女1名）			
	*交流学級での教科や活動内容：（          ）			
通級 指導 教室	*利用している日時：（毎週〇〇曜日    〇時～〇時）			
	*通級指導教室担当名：（          ）			
相談対象者（児童・生徒）の状況について御記入ください。				
・療育手帳   ： 有（    A    B    ）          ・ 無          取得          年				
・身障者手帳： 有（    ）種、（    ）級          ・ 無          取得          年				
【これまでの教育歴】				
*（          ）保育所・幼稚園				
*（          ）療育教室） 歳～ 歳まで				
*（          ）小学校） *特別支援学級は（    ）学年から入級、通級指導教室は（ 学年 ～ 学年）				
*（          ）中学校） *特別支援学級は（    ）学年から入級、通級指導教室は（ 学年 ～ 学年）				
【教育相談等の経験】				
*初めて				
*経験がある 相談機関（          ）、相談した年月（          年          月）				
相談機関（          ）、相談した年月（          年          月）				
【医療機関との連携】				
*これまでかかった医療機関：			*担当医：	
*現在かかっている医療機関：			*主治医：	
【医療診断（障害種別ではなく診断名）】 例：自閉スペクトラム症・ADHD・LD・知的障害				
診 断 年	診 断 名	医 療 機 関・相 談 機 関	医 師・相 談 者	
年          月				
年          月				

心理検査・発達検査等の経験			
種類	新版K式	WISC-IV	その他（          ）
実施年月	年          月	年          月	
検査機関			
検査者			
検査結果	生活年齢（    歳    月） 全領域（    ）（    歳    月） 姿勢・運動（    ）（    歳    月） 認知・適応（    ）（    歳    月） 言語・社会（    ）（    歳    月）	全検査IQ（    ） 言語理解（    ） 知覚推理（    ） ワーキングメモリー（    ） 処理速度（    ）	

