個人情報取扱注意

**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○○曜日　　○時～○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ｰ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（　　　） |  |

個人情報取扱注意

**小・中学校用　アセスメント票（２）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家庭での様子 | 〈家族構成・家庭状況〉＊（　　）人家族 | 〈家庭内での様子〉 |
| 〈身体状況〉＊発作の（ 有　・　無 ）＊慢性疾患（　　　　　　　　　　　　）＊服薬の（ 有　・　無 ） ＊薬名（　　　　　　） | 〈基本的生活習慣〉 |
| 学校での様子 | 〈学習の様子〉＊通常級の場合：　校内での取り出し・・・・・無 ・ 有　（教科： 　対応者：　 ） |
| ※該当するものに○を付けてください１～３の３段階（　）２～４の３段階（　）１～５の５段階（　） | 教科 | 国語 | 社会 | 算数 | 理科 | 音楽 | 美術 | 体育 | 技家 | 英語 |
| 評定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【行動・社会性】 | 【言語コミュニケーション】 |
| 【運動】 | 【好きなこと・興味あること・得意なこと・強み】 |
| 【現時点での具体的な取組（支援）内容】 | 【本人や保護者の進路希望】 |