

教育相談 アセスメント票

作成日：令和 年 月 日
作成者：

相談年月日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	西暦 年 月 日 (生活年齢 歳 ヶ月)						
所属名		学年・組							
家族構成 (家族構成と家庭状況、本人への関わり方など)		生育歴・保育教育歴 (利用している療育機関、健診での指摘など)							
		教育相談[無・有 (年時： にて)]							
家庭での様子 (生活のリズム、自由時間や休日の過ごし方など)		学校での様子 (授業や行事での様子、休憩時間の過ごし方、集団活動での様子など)							
眼の状況		学力 (教科・テストの様子、読み書き、計算、手指の操作性、記憶力など)							
眼疾名：									
視力 【遠見視力】右： 左： 両眼：									
視野：									
使用補助具：									
その他：		前学期の評定 (年 学期； 段階)							
		国語	算数						
行動・社会性 (友だちとの関係、衝動的・強迫的な行動の有無など)		言語・コミュニケーション (ことばの有無、言葉の知識・理解、会話の状況、自発性など)							

検査の結果 (知能、認知特性、検査歴・受けた時期・場所、検査の種類など)	運動・基本的生活習慣・その他 (全身運動での協応動作の様子、整理整頓や身辺自立の様子、感覚の異常、記憶など)
身体・医学面 (診断名、主治医、服薬の有無、視力・聴力など)	興味・得意なこと・強い面・指導に活用できるもの

主訴	気になること、困っていることなど相談したい内容をできるだけ具体的に記入してください。

ご記入ありがとうございました。

京都府立盲学校 視覚支援センター