取扱注意

巡回相談　アセスメント票

作成日：令和　年　月　日　　記入者：（　　）

相談対象者	（ふりがな） 児童生徒氏名		性別		〈生年月日〉 平成・令和　年　月　日　歳
	学校名：	学年：（　　）年　該当箇所に○を付けてください。↴ 学級：通常学級・特別支援学級（視・聴・知・情・病・肢）・通級			

児童・生徒の状況について

わかる範囲でご記入ください.

視覚

眼疾患名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医：＿＿＿＿＿＿＿＿

視力：裸眼（矯正）右：＿＿（　）左：＿＿（　）両眼：＿＿（　）

使用中の視覚補助具：□ルーペ　□単眼鏡　□タブレット　□遮光眼鏡　□拡大読書器　□その他（　　）

手帳の有無（有・無）　身体障害者手帳（視覚）＿＿種＿＿級　取得＿＿年

その他

診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関（相談機関）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医（担当者）：＿＿＿＿

手帳の有無（有・無）　身体障害者手帳（　）＿＿種＿＿級　取得＿＿年

療育手帳（A・B）　取得＿＿年

教育相談（療育）等の経験

□ 初めて

□ 経験がある　相談機関（　　）相談した時期（　　）

相談機関（　　）相談した時期（　　）

家庭での様子

〈家族構成・家庭状況〉	〈家庭内での様子〉
＊（　　）人家族	

学校での様子

〈学習の様子〉　通常学級／特別支援学級等での様子

＊特別支援学級（視覚）在籍の場合：弱視学級で学んでいる教科に✔を入れてください。

□国語　□社会　□算・数　□理科　□音楽　□図・美　□(保)体　□技家　□英語　□道徳　□自立活動　□HR　□（　　）

□3段階評価
□5段階評価
□その他（　　）

教科	国	社	算/数	理	音	図・美	保・体	技・家	英	（　）
評価										

裏面へ続く

学校での様子	
〈運動〉 身体の使い方、手指の巧緻性等	〈基本的生活習慣〉 身辺自立、整理整頓等
〈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〉 言葉の知識・理解、会話の状況、自発性など
〈好きなこと・興味あること・得意なこと・強み〉	〈心理検査、発達検査等の検査歴、結果〉 検査の種類、受けた時期・場所等