（様式２）

令和　　年　　月　　日

　アセスメント票

京都府立聾学校長 様

京都府南部視覚・聴覚支援センター長 様

依頼者

聴覚障害等の状況及び主な相談内容は下欄のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 生年月日 |  年 月 日生 |
| 通園・在籍校 |  | TEL/FAXE-mail |  |
| 保護者名 |  | 本人との続柄 | 年 齢学年等 |  |
| **聴 覚 障 害 等 の 状 況** |
| 主たる障害 |  | 聴 力 | 右耳( dB)左耳(　　 dB) |
| その他の障害 |  | 主 治 医 |  |
| 補聴器等装用 | □ 補 聴 器 右耳・左耳 (開始 年 月) なし |
| □ 人工内耳 右耳・左耳 (手術 年 月) なし |
| 障害者手帳 | 有・無 | 種 級 号 年 月 日交付 |
| 療 育 手 帳 | 有・無 | Ａ Ｂ 年 月 日交付 |
| 主なコミュニケーション手段 | □ 話しことば　□ 手話　　□ 筆記〈文字〉　□ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※相手により異なる手段を利用できる場合は、複数回答してください。 |
| **主な相談内容（言語・コミュニケーションの状況 等）** |
|  |

|  |
| --- |
| 現在の状況 |
| 療育歴・教育歴 |  | 補聴器・人工内耳歴 |  |
| 医療歴 |  | 学校等の様子 |  |
| 学習理解 |  | 行動・社会性 |  |
| 基本的生活習慣 |  | 心理検査等 | 実施年月実施機関（者）検査結果 |
| これまでの通園・在籍校とその期間 |
|  | 年月日～　年月日 |
|  | 年月日～　年月日 |
|  | 年月日～　年月日 |
| 学校やクラスでの取組など |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者氏　名 |  | 本人との関係 | 担任・コーディネーター・保護者・家族その他（　　　　　　　　　　　　　　） |