［様式２－２b］小・中学校用　　　　　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・生徒名 |  | 男・女 |
| ［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］　　　　　年　　月　　日 |
| 通常学級 | ＊学年の学級数：（　　　学級）＊学級の人数：（計　　　　名）　　男（　　　名）・女（　　　名） |
| 特別支援学級 | ＊学級の人数：（計　　　　名）＊本児（生徒）を除く内訳：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（例：１年男子２名、３年女子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）＊通級指導教室担当者名：（　　　　　　　　　　　） |
| 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　　　取得　　　年 |
| 【これまでの教育歴】・（　　　　　　保育所・幼稚園・こども園）・（　　　　　　療育教室）・（　　　　　　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】・これまでにかかった医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　＊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：自閉症スペクトラム・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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 心理検査・発達検査等の記録 |
| 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 | 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（　　　） |  |
| 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（　有　・　無　）＊慢性疾患＊服薬（　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：校内での抽出指導･･･　無・有　（教科：　　　　　　対応者：　　　　　　） |
| （　　）学期の評定（　　）段階評価 | 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］ |
| ［感覚・運動］ | ［好きなこと・興味あること・得意なこと・強み］ |
| ［目指す子どもの姿］ | ［現時点での具体的な取組（支援）内容］ |