

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) H 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		教科	国語	社会	算数	理科	音楽	美術	体育	技家	英語
	()段階評価		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]						

