**専門相談：個人シート（学校用：発達検査）**令和３年　　月　　日

**【事前シート】**　※下の枠内を記入して、依頼書と一緒に郵送してください。

記載者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校　　　年　（ 通常の学級 ・ 通級指導教室 ・ 特別支援学級 ） | | | | | |  |  |
| 検査実施日 | 令和　　年　　月　　日　曜日 | | | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日生まれ（　　　　歳　　　　ヶ月） | | |
| ○本人の思い・本人が困っている状況 | | | | | | | |
| ○担任の思い・前回の訪問後の学校での取り組み、発達検査を希望する理由  ○「個別の教育支援計画」は作成してありますか？  （　　作成してある　・　まだ作成していない→**検査を実施した児童生徒については必ず作成する**） | | | | | | | |
| ○発達検査を実施するにあたって、保護者の了解は得ていますか。　（☑してください）  □　保護者は了解している　　　　　　　　□　　検査依頼申請書　（保護者の署名）  ○保護者の思いや願いをお書きください。 | | | | | | | |
| 【当日の記録】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問した専門相談員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記　　　録　　　者： | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日　　曜日 | | | 参加者氏名（校務分掌・機関名等） | | | | |
| ○当面の支援目標（具体的に記入） | | | | | | | |
| 役割分担【誰が】 | | 具体的な支援　　【いつ】　　【どこで】　　【どんな支援を行うのか】 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| **○その他（報告・確認・連絡・支援の評価など）** | | | | | | | |

※記入後は専門相談員にコピーを渡し、必ず「個別の教育支援計画」に綴ってください。

※このシートは、校内支援会議等でも活用ください。