〔輪島分校〕**専門相談：個人シート（学校用：発達検査）**令和　　　　年　　　　月　　　　日

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

記載者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校　　　　　年　　　　　組  　【 通常の学級 ・ 支援員　・　通級指導教室 ・ 特別支援学級（種別：　　　　　　　　） 】 | | | | | |  |  |
| 検査実施日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　曜日 | | | 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日（　 　　　歳　　　　ヶ月） | | |
| ○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） | | | | | | | |
| ○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・押印）  ○保護者の思いや願いをお書きください。 | | | | | | | |
| 〇発達検査等の結果報告は  　　□　保護者、学校との3者面談  　　□　保護者との2者面談のあと、学校との面談  　　□　その他 | | | | | | | |
| **【結果報告の記録】**訪問した専門相談員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記録者： | | | | | | | |
| 結果報告日  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）** | | | | | | | |

※発達検査の結果や支援については、「個別の教育支援計画」に記入し、校内で共通理解をしてください。