

就学前特別支援教室入室相談面接票

※印は、相談室が記入

※面接担当		※子ども対応		記入年月日	令和 年 月 日						
フリガナ 幼児氏名		生年月日	平成 年 月 日								
保護者氏名 (世帯主)	続柄()	在籍園									
就学予定校	小平市立 小学校	※教室名			教室						
就学相談を受ける理由	○特別支援教室への入室希望理由										
	○特別支援教室で指導してほしいこと										
	○在籍園や療育施設等の対応や助言										
診断名				診断した 病院名							
発達検査	検査日	年 月 日		検査 機関							
	田中 ビネー	生活年齢	精神年齢	I Q	WISC-IV	全検 I Q	言語理解	知覚推理	ワーキング メモリー	処理速度	その他
生 育 歴 等	発達課題 の認知	いつ		何を							
	・ 出生時体重	g		・ 分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常→						
	・ 片言をいう	歳	月	・ 歩き始め	歳 月						
	・ 発作	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→		・ 発育	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い→						
	・ 主な既往疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ ()									
・ 服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ ()										