インテークシート　宮城県立古川支援学校版　　　　　　　　　　　　（本相談について保護者の了解　　　無　 ・ 有　 ）

記入日 ：　 　年　 　月　 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日（西暦　　　　　年） |
| 学校名 |  | 学　年 | 　　　　　　　　　　　年 |
| 在籍学級通級学級 | 通常　・　知的　・　自閉・情緒　・　難聴　・　弱視　・　肢体不自由　・　病弱　〔　　　　　　〕通級（ 言語 ・ その他 ）　　　　　　 　　　　✽ 学級構成（ 男　　名，　女　　名, 　計　　名 ） |
| 今回相談したいこと |
|  |
| 本人の長所（できること・興味のあること・好きなこと等） |
| 【学習面】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【生活面】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 本人が困っていること（苦手なこと・嫌いなこと等） |
| 【学習面】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【生活面】 |
| 家族構成 | 父 ／ 母 ／ 祖父 ／ 祖母 ／ 兄 ／ 姉 ／ 弟 ／ 妹 ／ その他 |
| 既往歴 | 発作（ 無 ・ 有 ） |
| 医療機関主治医 |  | 服薬（ 無 ・ 有 ） |
| 障害名疾病名 |  |
| 手　帳 | 療育手帳（ 無 ・ 有　A ／ B ・ 申請中 ）　身体障害者手帳（ 無 ・ 有　 　級　　種　・ 申請中 ） |
| 相談歴 | 無 ・ 有 （　　　　　　　　　　　） | 関係機関 | 無 ・ 有 （　　　　　　　　　　　　） |
| 備　考 |  |

記入者（職名：　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　）