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  ※該当に○ | 通常　・　通級による指導（　LD・ADHD　自閉症・情緒障害　言語障害　弱視　難聴）  特別支援学級（知的障害　　肢体不自由　自閉症・情緒障害　言語障害　弱視　　難聴　　病弱・身体虚弱　）  ✽ 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 | | | | | | |
| 医療機関  （主治医） |  | | | | | | 服薬（ 無 ・ 有 ） |
| **診断**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 （　　　　　　　　　　　　） | | |
| 個別の  指導計画 | 個別の指導計画の作成　（　　無　・　　有　　　・　作成中　） | | | | | | |
| 備　考 |  | | | | | | |

記入者（職名：　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　）