

問診票（学校の先生方へ）

*お答えいただける範囲で結構ですので、ご記入をお願いします。

(選択肢には○をつけてください)

お子様の お名前	学校名 (歳)	学校名 (幼稚園名)	生年月日 ・ ・ 学年
-------------	------------	---------------	----------------------

記載した方のお名前 (クラス担任/特別支援学級担任/その他：)

①支援学級の利用状況（あり／なし、具体的な利用時間など）

なし あり(具体的な利用状況：)

②教科ごとの学習到達度(国語・算数を中心に)

1)国語 学年相当 1学年以上の遅れあり(年くらいの遅れ)

2)算数 学年相当 1学年以上の遅れあり(年くらいの遅れ)

3)その他：具体的に

③学校での様子

1)授業時間：

2)休み時間：

3)学校行事：

④対人関係の特徴

1)子ども同士：良好 馴れ馴れしい 受け身 孤立
その他

2)先生などの大人と：良好 馴れ馴れしい 受け身 孤立
その他

⑤日常生活

1)時間

2)約束

3)食事

4)行動や気持ちの切り替え

5)お金の扱い

6)その他

⑥本人の特徴(こだわり・行動パターン)

⑦学校で対応に困ったエピソード

⑧学校で実施した対応策とその効果・本人の反応

⑨ご家族について感じていること

⑩学校で実施した検査

知能検査(種類:) 実施年月日:

その他

⑪学校で設定した目標

1) 短期目標: 数か月

2) 長期目標: 5~10年

⑫家族への説明

⑬医療に期待すること (例: 支援学級移籍への協力、ご家族の受け入れの為の医学的説明など)

⑭医療への質問(例: 診断はアスペルガー症候群でよいのか、など)