**発達検査依頼票**

依頼日：令和　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 学園・学校名 | 学園　那珂市立　　　学校 |
| コーディネーター名 | 職：　　　　氏名： |
| 担任名 | 職：　　　　氏名： |
| 幼児児童生徒名  学年／生年月日 | 氏名：　　　　　（　　　　　）　（　男　・　女　） |
| 第　学年（　　　歳）／平成　　年　　月　　日生 |
| 保護者氏名  連絡先電話番号 | 氏名：　　　　　（　　　　　　　　　）　　　続柄（　　　　） |
| ＴＥＬ：　　　－　　　－ |
| 日常の様子及び課題となっている点 |  |
| 校内における支援の経過について  ※　時系列に沿って  　簡潔に記入  ※　ケース会議、校内  　支援委員会の開催  　状況、保護者との面  　談の実施状況を必  　ず記入 |  |
| 医療や福祉との関わり  ※　これまでに関わ  　りがない場合は今  　後の見通しを記入 |  |
| 本人や保護者の願い |  |
| 検査後の学校としての対応  ※　校内の教育支援  　委員会で合意形成  　を図った今後の方  　向性等を記入 |  |
| その他参考となる事項  ※　身体的な課題や  　保護者の養育態度  　等、今後の支援にお  　いて参考となる事  　項を記入 |  |
| 学校長確認欄 | 当該児童生徒に対する支援を更に充実させるため、発達検査の実施を希望します。  　学園　那珂市立　　学校長  （※　本人自署） | |

※教育支援センター記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 検査者氏名 |  |
| 検査予定日時 | 令和　年　　月　　　日  　午前・午後　　　時～ |
| 検査後の処理 |  |

◇　学校　⇒　市教育委員会指導室（C4th「個人連絡」にてＰＤＦデータを提出）

（※　事前に指導室の特別支援教育担当者と要相談）

◇　２ページで作成すること。（両面印刷可）