

再診

学校での様子

氏名： _____

記入日： 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

校名： _____ 小学校

学年： _____ 年

記入者氏名： _____ 様

お子様の診察を円滑に進めたり、リハビリでお子様の発達の段階や課題に合わせて成長をサポートするために、下記のご記入をお願いいたします。

● 特別支援学級への入級（あり・なし）

● 通級指導教室の利用（あり・なし）

	学校での様子／それに対する先生の配慮・環境設定の工夫
（特別支援学級の場合） 利用頻度・取り出し教科・ 取り組み等	
（通級指導教室の場合） 利用頻度・学習内容・ 取り組み等	
学習の遅れ	国語：「読み」（音読なども含む） 「書き」（枠内に書けるか、板書なども含む） 「読解」 算数：
微細運動	
粗大運動	
授業中の様子 （座り方、離席、 落ち着きのなさ、 注意散漫、パニック等）	
休み時間の過ごし方	
授業への切り替え	

裏面もご確認下さい。

	学校での様子／それに対する先生の配慮・環境設定の工夫
準備 (朝・授業・帰り)	
整理整頓 忘れ物・なくし物	
給食の様子	
行事への参加	
こだわりやマイルール かんしゃくやパニック	
友達との関わり、 トラブル	
感覚過敏 (音、におい、感触等)	
その他 (伸ばしたいところ、 心配事、 情報共有したいこと等)	

- ※書類作成について※
1. (児童)氏名、校名、記入者氏名、記入日をもれなく記入してください。
 2. 記入後は印刷し、児童の保護者にお渡し願います。

ご協力頂き、誠にありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

問い合わせ先

奈良県総合リハビリテーションセンター
小児科
電話：0744-32-0200（代表）