巡回相談事前シート

小学校用

記入日　20　　年　月　　日

学校名	立　　学校 電話番号（　　）	記入者氏名	（担任・CO・その他）
児童生徒氏名	フリガナ （男・女）	学年	年　　組 （通常級・支援級・その他） 障害種：
（1）相談したいこと			
（2）(1)に関するエピソード			
（3）これまでの取り組み			
（4）SC との関り			
（5）本人の日常の様子①	ADL(食事、着替え、排せつ等)/学習面/運動面/コミュニケーション等について		
（6）本人の日常の様子②	◎いいところ、好きな活動、やってみたいと思っていること　●課題と思われるところ		
（7）その他	他に気になること・知りたいこと等あればご記入ください		

※　色付き欄は、記入せずにご送付ください。