



海田西小学校
 通級指導教室だより No.10
 令和4年 9月9日(金)

実態調査のご協力をお願いします

来年度に向けて、特別支援教育の必要性の有無を検討し、指導・支援の見直しを行います。

大変お手数をおかけしますが、下記のことについて、○印・ご記入をよろしくお願い致します。

学年・児童氏名	() 年 ()
診断名	
障害者手帳	無
	有 → () 療育手帳 取得(更新)年 () 年
	() 精神障害者福祉手帳 () 級
手帳の最新のコピー	提出済
	未提出 → 10月28日(金)までに提出を お願いします。
検査結果の最新のコピー	提出済
	未提出 → 10月28日(金)までに提出を お願いします。
服薬の有無	無
	有 → 薬名 ()

昨年度、出していたものと変わりがなければ、提出の必要はありません。

★配慮が必要な項目に○をつけてください。

また、その状態について記述をお願い致します。

該当する項目に○	状態
感覚過敏・鈍さ	(例) 大きな音が苦手
運動機能	(例) 手先が不器用
聴覚・視覚	(例) 聞き取りにくい
コミュニケーション	(例) 独特の意味理解
学習理解	(例) 書くことに困難有
集団参加	(例) 衝動的な行動によりトラブル
その他	

ご協力ありがとうございました。

※来年度の通級指導について、希望される方に○印をつけてください。

継続 ・ 終了



週()回 希望

