

(案)

情報提供書 (学校の先生方)

記入日： 年 月 日

記入者のお名前： (学級担任 / 支援学級担任 / その他： )

学校 (学年)	小・中・高等学校 ( 年)		
	電話番号		
(フリガナ)	( )	生年月日	平成 / 令和 年 月 日
児童名		性別	男 / 女

1. ご相談内容について

保護者が 相談したいこと	
学校が 相談したいこと	
備考：	

2. 在籍状況や地域支援センター等の利用状況について

- 通常学級     支援学級     通級指導教室     別室登校     スクールカウンセラー  
利用頻度など ( )
- 地域支援センター 等 の利用    機関名：
- その他  
( )

3. 学校での心理検査実施状況について

- 知能検査(WISC, 新版K式 等)： (実施日： 年 月)
- 学習症の検査(読み書きスクリーニング 等)： (実施日： 年 月)
- その他の心理検査： (実施日： 年 月)
- ※検査結果の共有にご協力ください。

≪保護者同意欄≫ この情報提供書を受診する医療機関に提出することに同意します。

年 月 日

保護者署名： \_\_\_\_\_