　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部外秘

教育支援に係る総合所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 幼　　　児  児　　　童  生　　　徒 | | ふりがな  氏　名 |  | | | 性別 |  | 平成　　年　　月　　日生 | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | |
| 学校名 |  | | | | | | | 学年 |  | |
| 保　護　者 | | ふりがな  氏　名 |  | | | | | | | 続柄 |  | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | |
| ①　　　諸　　　検　　　査 | 検　査　名 |  | | 検査年月日 | 令和　 　年　 月　 日 | | | | 検査者名 | | |  |
| 結　　果 |  | | | | | | | |
| 検　査　名 |  | | 検査年月日 | 令和　 年　 月　 日 | | | | 検査者名 | | |  |
| 結　　果 |  | | | | | | | |
| 検　査　名 |  | | 検査年月日 | 令和　　年　 月　 日 | | | | 検査者名 | | |  |
| 結　　果 |  | | | | | | | |
| ②障害の種類・程度について  ※医療機関の診断 | | ※医療機関の診断　なし　・　あり〔診断名　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　月）〕 | | | | | | | | | | |
| ③望ましい教育機関 | |  | | | | | | | | | | |
| ④必要な支援内容等  （指導上の留意点、他機関との連携、家庭との連携等） | |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、総合的判断をいたしましたので報告します。  令和　　年　　月　　日  三戸地方教育支援委員会  　　　　委員長　　尾 形　真 一 朗  　　　　町教育委員会教育長　殿 | | | | | | | | | | | | |