個別の教育支援計画（Ⅰ）　　県立〇〇特別支援学校　　小学部１・２・３年

<table>
<tr><td rowspan="2">本人</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">血液型　　型
平成　　年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>名前</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>現住所</td><td colspan="4">〒　　ー</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="2">障害者手帳</td><td>療育</td><td colspan="4">有・無（ A ・ B1・ B2 ）手帳番号（　　）交付年月日（　　）
次回判定時期 （　　）</td></tr>
<tr><td></td><td>身障</td><td colspan="4">有・無（　種　級）　手帳番号（　　）交付年月日（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="5">特性について</td><td rowspan="3">障害・疾病（障害に関わるもの）</td><td>障害種</td><td colspan="3">知的・聴覚・肢体・病弱・視覚
（該当するものを〇で囲んでください）</td></tr>
<tr><td></td><td>診断名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td>診断機関（主治医）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="2">その他の疾病</td><td>診断名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td>診断機関（主治医）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="5">身体について</td><td>発作</td><td>無・有</td><td colspan="3">回数（頻度・年月日等）</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="2">服薬</td><td>無・有</td><td colspan="3">回数・薬品名等</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">留意点（飲ませ方）</td></tr>
<tr><td></td><td>医療的ケア</td><td colspan="4">無・有（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td>アレルギー（食物・その他）</td><td colspan="4">無・有（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">保護者</td><td>ふりがな</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名前</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">〒　　ー
本人の欄に同じ　　TEL</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先1</td><td>番号：</td><td colspan="2">続柄：</td><td colspan="2">携帯・勤務先・その他
（　　）</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先2</td><td>番号：</td><td colspan="2">続柄：</td><td colspan="2">携帯・勤務先・その他
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">相談支援事業所</td><td colspan="4">未定・事業所名（　　担当　　）</td></tr>
</table>

■家族構成

名　　前	続柄	生年月日	勤務先・在学校名

■幼児･児童･生徒の在籍

	所・園・学校名	TEL	担任名前
幼３歳			
幼４歳			
幼５歳			
小１			
小２			
小３			
小４			
小５			
小６			
中１			
中２			
中３			
高１			
高２			
高３			

■児童の実態

実態把握のための発達検査　（ＫＩＤＳまたはＳ-Ｍ社会生活能力検査）							
実施日				実施者または実施機関			
小１	平成　年　月　日			続柄（　　）			
小２	平成　年　月　日			続柄（　　）			
小３	平成　年　月　日			続柄（　　）			
領域（ＫＩＤＳ）	発達年齢			領域（Ｓ－Ｍ）	発達年齢		
	小１	小２	小３		小１	小２	小３
運動				身辺自立			
操作				移動			
言語（理解）				作業			
言語（表出）				意志交換			
概念				集団参加			
社会性（対子ども）				自己統制			
社会性（対成人）				社会生活年齢			
しつけ							
食事							
総合発達年齢							
家庭での様子 興味・関心 感覚の過敏さ その他							
聴力	右			左			
	裸耳			裸耳			
	補聴			補聴			
	補装具			補装具			

■他の発達検査

実施機関	検査名	実施日	結果

■療育・教育の概況

出産時	在胎（　　）週　　出産時体重（　　）g 特記事項（　　）
乳幼児期	
小学校（部）	
中学校(部)	
高校（高等部）	

■合理的配慮

合理的配慮の提供の状況

個別の教育支援計画　（Ⅱ）　　県立〇〇特別支援学校　　小学部１・２・３年

ふりがな		男 ・ 女	平成　　年　　月　　日生
児童名前			

■本人・保護者の希望

小　１	小　２	小　３

■本校での支援計画（本人・保護者の希望をもとに）

［長期の目標］　就学、進学等を含める

［短期の目標］　１年間に達成を目指す具体的な目標

小　１	小　２	小　３
［評価］	［評価］	［評価］

■関連機関での支援内容（現在受けている支援）

	支援機関（担当者）等	支援の時期・内容
A 家 庭 生 活		
B 医 療 ・ 健 康		
C 福 祉		
D 余 暇 ・ 地 域		

■教育相談・関係機関での支援の記録

相談・支援機関等	時期・期間	内容・結果

以上の内容を確認の上、同意します。

年 作成者	

年　　月　　日　　保護者名　　印
＊自署又は記名押印

年 作成者	

年　　月　　日　　保護者名　　印
＊自署又は記名押印

年 作成者	

年　　月　　日　　保護者名　　印
＊自署又は記名押印