個別の教育(移行)支援計画

平成	年度	学部		年	組

No. 1 (フェイスシート)

児童・生徒

ふりがな		性別	
名前		生年月日	
本人携帯			
郵便番号	住所		
前籍校(園)			
前籍学級		その他 ( )	
支援学級在籍	H 年 月(年生)より		
療育手帳 上段から書く。 更新時は下段に追記	(取得 年 月) (更新 年 月) (更新 年 月)		
身障手帳	種 級 (取得 年 月)		
障害者医療費受給者証	(取得 年 月)		
特別児童手当			

保護者

ふりがな		続柄
名前		
住所		
勤務先		
電話1		
電話2		
電話3		

家族構成

名前	続柄	生年月日

その他の福祉手帳	(取得 年 月)

教育歴

保育園・幼稚園	
小学校	
中学校	

得意なこと・好きなこと	苦手なこと・配慮の必要なこと

保護者・本人の願い 取り組みたい課題

学校記入欄

学校生活における長期的目標	
支援・合理的配慮	
担任名	備考

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日 保護者署名

平成	年度	年	組	児童生徒名	

通学方法

【自力通学の場合】

自宅　→

【スクールバス通学の場合】

スクールバス（　　）号車　　バス停（　　）

バス停までの行き方 ：　自力　・　送迎（家族・福祉サービス等）

自宅付近の地図

（コピー貼付可。 最寄りのバス停や駅までの経路を、自転車通学生は自宅・学校を含む地図上に学校までの経路を赤線でご記入下さい）

転居等の場合は新しい地図を上から貼って下さい。

平成	年度	年	組	児童生徒名	

関 係福 祉 施 設・育成会等　（医療機関名は用紙No4に記入して下さい）

機関名	所在地	電話	担当者名	受けている支援・頻度

関 係 機 関（カテゴリ：教育、福祉、医療、労働、その他）と の 連 携 ・ 相 談 等 の 記 録

実施日等	カテゴリ	機関名・会議名等	内容・参加者等

平成　　年度　　年　　組	児童生徒名	

これまでに診断された障害名・疾患名等			
障害名・疾患名	診断医領機関	診断時期	経過・現在の状況・受診頻度等
主たる障害名・疾患名			

関係医療機関						
診療科	医療機関名	主治医名		診療科	医療機関名	主治医名
内科 （小児科）				歯科		
外科 整形外科				耳鼻科		
神経科 心療内科				（　　）		
眼科				（　　）		

服薬状況			
現在服用している薬名	薬の用途	薬の形態	回数　　時期
		内服　塗り薬　点眼　吸入 他（　　）	1日　　回　朝・昼・夕・眠前・他（　　） 必要に応じて（　　）
		内服　塗り薬　点眼　吸入 他（　　）	1日　　回　朝・昼・夕・眠前・他（　　） 必要に応じて（　　）
		内服　塗り薬　点眼　吸入 他（　　）	1日　　回　朝・昼・夕・眠前・他（　　） 必要に応じて（　　）
		内服　塗り薬　点眼　吸入 他（　　）	1日　　回　朝・昼・夕・眠前・他（　　） 必要に応じて（　　）
		内服　塗り薬　点眼　吸入 他（　　）	1日　　回　朝・昼・夕・眠前・他（　　） 必要に応じて（　　）
		内服　塗り薬　点眼　吸入 他（　　）	1日　　回　朝・昼・夕・眠前・他（　　） 必要に応じて（　　）

;

平成	年度	年	組	児童生徒名	

No. 5

出生時の様子と生育歴					
出生時	体重	身長	頭囲	在胎週数	（出生時の様子等）
	g	cm	cm	週	
生育歴	首がすわる	歩き始める	話し始める		
	歳　ヶ月	歳　ヶ月	歳　ヶ月		
月経 （女子のみ）		初経　歳　ヶ月			

アレルギー等				
種類	有無	原因物質	症　状	学校での対応
食物アレルギー				
薬物アレルギー				
その他のアレルギー				
（　　）				
アレルギー以外で 除去している食品		食品名	理　由	

健康面での配慮事項・運動制限　　その他の特記事項