

『個別の教育支援計画』-1

小学 () 年生シート



写真
この頃の写真を
貼りましょう

記入日()

氏名	保護者氏名
住所	連絡先
学校名	年 番 担任:
<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級(<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 情緒 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
★ 医療機関の利用	
受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(年 月 日)	機関名()
目的()	
受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(年 月 日)	機関名()
服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬名()	開始年月日(年 月 日)
目的()	
医療的ケア <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	
★ 療育機関の利用	
事業所名()	<input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他()
事業所名()	<input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他()
事業所名()	<input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他()
★ 福祉機関の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
事業所名()	サービス() ()
事業所名()	サービス() ()
★ その他の支援機関 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
機関名()	支援内容:
機関名()	支援内容:
身体	
感覚	
心理	
コミュニケーション	
環境	
学習(読む、書く、計算、推論など)	
その他	
得意なこと	
苦手なこと	