

# 『個別の教育支援計画』-1

中学 ( ) 年生シート



写真  
この頃の写真を  
貼りましょう

記入日( )年( )月( )日

学校名 ( ) 年 番 担任:

通常学級 特別支援学級( 知的 情緒 言語 その他 )  
通級指導教室 特別支援学校

## ★ 医療機関の利用

受診 有 無 ( )年( )月( )日)機関名( )

服薬 有 無 薬名( )開始年月日( )年( )月( )日)

目的( )

受診 有 無 ( )年( )月( )日)機関名( )

服薬 有 無 薬名( )開始年月日( )年( )月( )日)

目的( )

医療的ケア 有 無 ( )

## ★ 療育機関の利用 有 無 ※OT(作業療法)※PT(理学療法)※ST(言語聴覚療法)

事業所名( ) OT PT ST その他( )

事業所名( ) OT PT ST その他( )

事業所名( ) OT PT ST その他( )

## ★ 福祉機関の利用 有 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 有 無

機関名( ) 支援内容:

機関名( ) 支援内容:

日常生活・身辺自立

学習面

人との関わり・表現

行動面

運動面

登下校時の様子

部活動・余暇活動

得意なこと

苦手なこと

その他