

メモ欄 (様式にない項目やその他の重要事項を書いたり、必要に応じて個別の指導計画を貼ったりして活用する。)

学校名 (小学校)
 学校名 (中学校)

| | | | | | | |
|---|------------|-----------------|--|---|-------------|--|
| ふりがな 氏名 | | | | 生年月日 | | |
| | | | | 年 月 日 | | |
| 保護者 | ふりがな 氏名 | (続柄) | | | 家族状況 (ペット含) | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 緊急 連絡先 | TEL | | | | |
| | 緊急 連絡先 | ①名前 (続柄) Tel | | | | |
| | | ②名前 (続柄) Tel | | | | |
| 診断名 (複数可) | | 医療機関名 (左に対応) | | | | |
| 診断に至るまでの経過 | | | | 現在までの治療・相談歴・診断日 | | |
| | | | | | | |
| 特に本人が困っていること | | | | | | |
| | | | | | | |
| 療育手帳 | 有・無 等級 | 手帳番号 | | 年 月 日 | 交付 | |
| | | | | 年 月 日 | 更新 | |
| 身体障害者 手帳 | 有・無 等級 | 手帳番号 | | 年 月 日 | 交付 | |
| | | | | 年 月 日 | 更新 | |
| 精神障害者 保健福祉手帳 | 有・無 等級 | 手帳番号 | | 年 月 日 | 交付 | |
| | | | | 年 月 日 | 更新 | |
| 受給者証 有・無 | ・ | 番号 | | | | |
| | ・ | 番号 | | | | |
| 諸検査 | ・ | | | | | |
| 服薬 | ・ | | | | | |
| アレルギー など | ・ | | | | | |
| 生育歴 | | | | 療育・保育・教育歴 | | |
| ・ 出下時体重 (g) ・ 一人歩き (歳 ヶ月) ・ 視線 (合う・合わない) ・ 人見知り (有・無) ・ 特記事項 () | | | | ・ 首のすわり (歳 ヶ月) ・ 発語 (歳 ヶ月) ・ 指差し (有・無) ・ 場所見知り (有・無) | | |

氏名

| | | |
|---------|------------------------|--|
| 興味関心・魅力 | <本人> | <保護者> |
| ニーズ・願い | <本人> | <保護者> |
| 支援方針 | <総合的な支援方針> <目標> | <支援の見通し> <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 関係諸機関 | 家庭 | |
| | 療育・教育 | |
| | 福祉・啓蒙 | |
| | 医療・健康 | |
| | 行政・福祉等 | |

【個人情報の取り扱いについて】

- 1 関係者以外が閲覧できないようファイル管理を厳正に行う。
- 2 本計画を策定した機関が、別の機関に本計画を提示する場合は、事前に必ず保護者の了解を得る。
- 3 2において本計画の提示を受けた機関は、その情報を提示目的以外に使用してはならない。

※ 本計画の内容に同意し、関係機関等に情報共有することを承諾します。

| | | | |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| 保護者署名 | 年度 () | 年度 () | 年度 () |
| | 年度 () | 年度 () | 年度 () |

【合理的配慮の記載】

| 優先 順位 | 配慮が必要な状況・実態 | 配慮すべき事柄（3観点11項目を参考） | 評価 |
|----------|-------------|---------------------|----|
| | | | |

| | | | |
|-----|----------|------|----------|
| 策定日 | 年 月 日（ ） | 見直し日 | 年 月 日（ ） |
|-----|----------|------|----------|

総合評価

評価者署名： _____

以上の内容に同意します。（自署）

（ ）

（ ）

年 月 日 本人氏名 _____

保護者氏名 _____

（ ）

（ ）

担任氏名 _____

学校長名 _____

