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 |  |