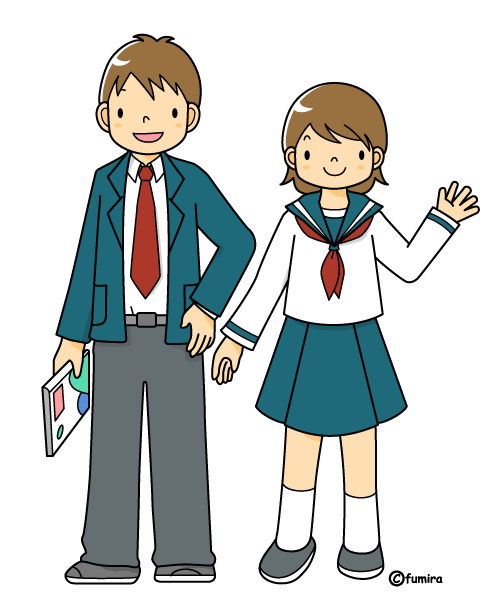
 

写真

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： | |
| □普通学校（□全日制　□定時制　□通信制　）　□特別支援学校（□知的　□情緒　□言語　□その他　） | |
| スクールカウンセラー | |
| 対応　□有　　□無　　　カウンセラー名（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ★ 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** |  |
| **就労について** |  |
| **その他** |  |