

写真

この頃の写真を

貼りましょう



記入日（　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 余暇活動・習い事 |  |
| 得意なこと |  |
| 苦手なこと |  |
| その他 |  |