

『個別の教育支援計画』 - 1

名前



写真

この頃の写真を
貼りましょう



中学 () 年生シート

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

『個別の教育支援計画』-2

(年度 : 支援シート)

年 組 氏 名 : 作成者 :

| | |
|--------------------|--------------|
| 行動・性格の特性、健康上の留意点など | 困っていること、課題など |
| | |

| | |
|-------------------|--------------------|
| 現在・将来についての希望 (本人) | 現在・将来についての希望 (保護者) |
| | |

本人・保護者の希望をもとに考えられる長期目標 (卒業時を目安に)

| |
|--|
| |
|--|

| | 支援目標 (具体的課題) | 具体的支援の手だて、方法 | 支援経過及び評価・課題 |
|-----|--------------|--------------|-------------|
| 学校で | | | |
| で | | | |

【次年度につなぐこと】

(※ 支援シートは関係機関と共有することになっています。)

個別の教育支援計画に係る同意書

学校 (園) 長 殿

個別の教育支援計画の策定や活用に関して、以下の項目について同意します。

○ 個別の教育支援計画を策定し関係機関と共有すること。

- 同意する
 同意しない

平成 年 月 日

幼児児童生徒氏名

保護者氏名



『個別の教育支援計画』-3

※ 支援にかかわる記録

| 年 月 日 | 記 録 |
|-------|-----|
| | |

『個別の教育支援計画』 - 1

名前



写真

この頃の写真を
貼りましょう



中学 () 年生シート

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

『個別の教育支援計画』-2

(年度 : 支援シート)

年 組 氏 名 : 作成者 :

| | |
|--------------------|--------------|
| 行動・性格の特性、健康上の留意点など | 困っていること、課題など |
| | |

| | |
|-------------------|--------------------|
| 現在・将来についての希望 (本人) | 現在・将来についての希望 (保護者) |
| | |

本人・保護者の希望をもとに考えられる長期目標 (卒業時を目安に)

| |
|--|
| |
|--|

| | 支援目標 (具体的課題) | 具体的支援の手だて、方法 | 支援経過及び評価・課題 |
|-----|--------------|--------------|-------------|
| 学校で | | | |
| で | | | |

【次年度につなぐこと】

(※ 支援シートは関係機関と共有することになっています。)

個別の教育支援計画に係る同意書

学校 (園) 長 殿

個別の教育支援計画の策定や活用に関して、以下の項目について同意します。

個別の教育支援計画を策定し関係機関と共有すること。

同意する

同意しない

平成 年 月 日

幼児児童生徒氏名

保護者氏名



『個別の教育支援計画』-3

※ 支援にかかわる記録

| 年 月 日 | 記 録 |
|-------|-----|
| | |

『個別の教育支援計画』-1

名前



写真

この頃の写真を
貼りましょう



中学 () 年生シート

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

『個別の教育支援計画』-2

(年度 : 支援シート)

年 組 氏 名 : 作成者 :

| | |
|--------------------|--------------|
| 行動・性格の特性、健康上の留意点など | 困っていること、課題など |
| | |

| | |
|-------------------|--------------------|
| 現在・将来についての希望 (本人) | 現在・将来についての希望 (保護者) |
| | |

本人・保護者の希望をもとに考えられる長期目標 (卒業時を目安に)

| |
|--|
| |
|--|

| | 支援目標 (具体的課題) | 具体的支援の手だて、方法 | 支援経過及び評価・課題 |
|-----|--------------|--------------|-------------|
| 学校で | | | |
| で | | | |

【次年度につなぐこと】

(※ 支援シートは関係機関と共有することになっています。)

個別の教育支援計画に係る同意書

学校 (園) 長 殿

個別の教育支援計画の策定や活用に関して、以下の項目について同意します。

○ 個別の教育支援計画を策定し関係機関と共有すること。

- 同意する
 同意しない

平成 年 月 日

幼児児童生徒氏名

保護者氏名



『個別の教育支援計画』-3

※ 支援にかかわる記録

| 年 月 日 | 記 録 |
|-------|-----|
| | |