

個別の教育支援計画

作成日：令和 年 月 日

ふりがな氏名				性別：		年	月	日生	歳	
保護者名				十日町市立		学校		第	学年	
住所	〒	—	十日町市							
保育・教育歴	園・学校名		学びの場			在籍期間				
						年	月	～	年	月
						年	月	～	年	月
						年	月	～	年	月
						年	月	～	年	月
主な状況	障がいや傾向 ※必ずどれかに✓ (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 情緒障害 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害							
	内容									
	手帳取得状況		<input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)							
受診歴	機関名		受診期間	担当医	科名・病名・診断名・服薬・治療内容等					
発達検査歴	検査名	実施年月	実施機関		結果					
関係機関	機関名		利用期間		内容					
その他、成育歴・経過等に関する特記事項										