

個別の教育支援計画

滋賀県立〇〇高等学校

最終更新日： 年 月 日

基本情報					
ふりがな 生徒名			担任名	作成年月日	作成者
			第1学年 (組)	年 月 日	
	学校名		滋賀県立〇〇高等学校〇〇学科		第2学年 (組)
生年月日	年 月 日	性別		第3学年 (組)	年 月 日
本人住所	〒 -		特別支援教育コーディネーター名		
電話番号	① - - ()		② - - ()		
ふりがな 保護者等名	続柄		保護者等 住所	〒 -	
家族構成			備考		
障害の 状態等	障害名・病名等		診断機関	診断日	服薬・配慮事項等
				年 月 日	
手帳の 取得状況 等	手帳の種類		交付年月	等級	サービス受給者証
	療育 / 精神 / 身体		年 月 交付		あり / なし
検査	検査名		検査機関	検査日	年 月 日
	結果・備考				
		資料の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	検査名		検査機関	検査日	年 月 日
結果・備考					
	資料の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
生育歴 療育歴					
教育歴	学校名等		在籍期間	特別支援学級在籍・通級による指導の有無等	
	〇〇立〇〇小学校		年 月 ~ 年 月		
	〇〇立〇〇中学校		年 月 ~ 年 月		
	〇〇県立〇〇高等学校		年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		

個別の教育支援計画

(裏面)

支援に関する情報			
願い	本人	保護者等	担任
実態	得意なこと・好きなこと		苦手なこと・課題
支援の目標	長期目標		短期目標
支援内容	合理的配慮		その他配慮事項等

関係機関に関する情報				
医療機関	医療機関名	担当医師等	受診期間	通院の状況・治療状況等
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
その他関係機関	機関名	担当者等	支援を受けた期間	主な支援内容等
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	

以上の内容を確認し、この個別の教育支援計画を関係機関と連携した支援のために役立てることに同意します。

令和 年 月 日 本人署名

令和 年 月 日 保護者等署名

本計画の内容を確認しました。

令和 年 月 日 滋賀県立〇〇高等学校 校長名 印