

個別の移行支援計画

滋賀県立〇〇高等学校

ふりがな 生徒名				作成日	年 月 日	作成者	
生年月日	年 月 日	性別		出身校	滋賀県立〇〇高等学校		
本人住所	〒 -			進路先			
電話番号	①	- -	()	②	- -	()	
ふりがな 保護者等名			続柄	保護者等 住所	〒 -		
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	自立支援医療	
	療育 / 精神 / 身体		年 月 交付		あり / なし	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				
生育歴 療育歴							
実態	得意なこと・好きなこと		苦手なこと・課題		落ちつけること・環境		
将来の 希望や 願い	本人			保護者等			

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	
支援の 手立て	支援が必要な場面	支援が必要な理由		具体的な支援の手立て
	健康管理			
	意思疎通			
	活動場面			
	生活場面			
	葛藤場面			
支援 ネットワーク		機関の名称・連絡先		関わり・支援の内容等
	医療機関等			
	発達支援センター等			
	その他福祉機関等			
	余暇・地域生活等			

以上の内容を確認し、この個別の移行支援計画を進路先に引継ぐことに同意します。

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、進路先に引継ぎます。

令和 年 月 日 滋賀県立〇〇高等学校 校長名 _____ 印