**個別の移行支援計画**

滋賀県立○○高等学校

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | **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○○高等学校 | | | | | | | |
| **本人住所** | 〒　　　- | | | | | | | | **進路先** | | | |  | | | | | | | |
| **電話番号** | ① | -　　　- | | | | （　　　　） | | | | | ② | -　　　- | | | | | | | | （　　　　） |
|  |  | | | **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** | **手帳の種別** | | | | **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** | □あり　　□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○○高等学校　校長名　　　　　　　　　　印