

個別の教育支援計画 < 様式 1 >

在籍校・園		電話番号			
ふりがな		生年月日	平成	年	月 日
氏名		性別	男	年齢	
現住所		電話番号			
保護者氏名	続柄()	家族構成	人家族		
現住所	〒 児童生徒に同じでも可				
手帳	療育手帳	有	身障者手帳	無	種 級
			精神障害者福祉手帳	無	級
検査	検査名 実施日	検査結果 WISCは可能なら下位検査の結果も記入 実施場所			
障害の様子	半角数字 / で区切ってください。 例：2011/11/04				

〔関係ネットワーク一覧〕

	支援機関	担当者	連絡先	支援内容
医療 保健	主治医、かかりつけ医 療育（ST、OT、PT） 保健センター など			
福祉	相談支援事業所 放課後等デイサービス 日中一時支援 移動支援 居宅サービス ショートステイ など			
地域 行政	こども会、町内会 市障害者福祉課 市障害者支援課 児童相談所 など			
労働	職場見学、職場実習先 (本人、保護者)			
教育	居住地校交流を実施した 場合は、交流先の校名等 を入力			
その他				

