令和　年度　個別の教育支援計画

プロフィール表

記入日　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　 作成者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | 性別 | | |  | | 生年月日 | | |  | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | 住所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | |
| 連　絡　先 | | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　　　　（緊急連絡先） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育・教育歴  （転入学者は  担当者を記入） | | 幼稚園・保育所・学校名（担当者名） | | | | | | | | | | | | 在　籍　期　間 | | | | | |
| （幼・保） | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| （小） | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| （中） | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| （高） | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 福祉機関等の  利用歴 | | 福祉機関及びサービス名 | | | | | | | | | | | | 利用期間 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 医療機関等での治療療育歴 | | 医療機関及び治療・療育名 | | | | | | | | | | | | 治療・療育・服薬期間 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 診断・検査の結果等 | |  | | | | | | 療育手帳 | | | | | | 無　　有 | | | A１　A２　B１　B２ | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 身体障害者手帳 | | | | | | 無　 有 | | | 種　　　　級 | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | 無　 有 | | | 級 | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 全体像（特徴・特性等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 生活習慣 | | 対人関係 | | 言語表現 | 指示理解 | | | | | 注意集中 | | 集団参加 | | | こだわり | | 感覚過敏 | 移動運動 |
| 要支援 |  | |  | |  |  | | | | |  | |  | | |  | |  |  |
| 要配慮 |  | |  | |  |  | | | | |  | |  | | |  | |  |  |
| 特になし |  | |  | |  |  | | | | |  | |  | | |  | |  |  |

（記入例） 令和元年度　個別の教育支援計画

プロフィール表

　　　　　　　　　　　　　　令和元年　４月２１日

　　　　　　　　　　　作成者　　　大和　憲幸

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | かみごとう　たろう | | | | | 性別 | | | 男 | | 生年月日 | | | 平成１２年１１月１１日生 | | | | |
| 氏　　名 | | 上五島　太郎 | | | | |
| ふりがな | | かみごとう　いちろう | | | | | 住所 | | 〒８５７－４５１１  南松浦郡新上五島町浦桑郷３０６ | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | 上五島　一郎 | | | | |
| 連　絡　先 | | （自宅）0959-54-1121　　　　　　　　　（緊急連絡先）090-1234-5678 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育・教育歴  （転入学者は  担当者を記入） | | 幼稚園・保育所・学校名（担当者名） | | | | | | | | | | | | 在　籍　期　間 | | | | | |
| （幼・保） | | 新上五島町立〇〇幼稚園 | | | | | | | | | | 平成16年4月～平成19年3月 | | | | | |
| （小） | | 新上五島町立〇〇小学校（□□教諭）  （小３から知的障害特別支援学級）  新上五島町立△△小学校（××教諭） | | | | | | | | | | 平成19年4月～平成21年3月  平成21年4月～平成25年3月 | | | | | |
| （中） | | 新上五島町立☆☆中学校 | | | | | | | | | | 平成25年4月～ | | | | | |
| （高） | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 福祉機関等の  利用歴 | | 福祉機関及びサービス名 | | | | | | | | | | | | 利用期間 | | | | | |
| 新上五島町社会福祉協議会デイサービス | | | | | | | | | | | | 平成24年12月～  （普段は週１回土曜日、長期休業中は週３回程度利用） | | | | | |
| 医療機関等での治療療育歴 | | 医療機関及び治療・療育名 | | | | | | | | | | | | 治療・療育・服薬期間 | | | | | |
| 長崎県立こども医療福祉センター  上五島病院 | | | | | | | | | | | | 平成22年4月～平成24年3月  　毎年１回受診  平成14年～　必要に応じて受診  平成22年6月～　ストラテラ処方  　　　　　　　　　1日３回服薬 | | | | | |
| 診断・検査の結果等 | | 知的障害  注意欠陥多動性障害  （H21.10こども医療福祉センター）  WISC-Ⅲ知能検査  IQ 60 言語性70 動作性55  （H25.8　検査機関：上五島分教室） | | | | | | 療育手帳 | | | | | | 無　　有 | | | A１　A２　B１　B２ | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 身体障害者手帳 | | | | | | 無　 有 | | | 種　　　　級 | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | 無　 有 | | | 級 | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 全体像（特徴・特性等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 生活習慣 | | 対人関係 | | 言語表現 | 指示理解 | | | | | 注意集中 | | 集団参加 | | | こだわり | | 感覚過敏 | 移動運動 |
| 要支援 |  | |  | |  |  | | | | |  | |  | | | ○ | | ○ |  |
| 要配慮 |  | | ○ | | ○ |  | | | | | ○ | |  | | |  | |  |  |
| 特になし | ○ | |  | |  | ○ | | | | |  | | ○ | | |  | |  | ○ |