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 | | | | 平成　年　月　日 | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| ふりがな |  | | | | 住所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | |
| 電　　話 | （自宅）　　　　　　　　　　　（緊急連絡先）　　　　　　　　　　続柄（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育・教育歴  （転入学等も記入） | 認定こども園・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・  習い事等の  利用歴等 | 福祉機関・相談支援事業所・習い事等 | | | | | | | | | 利用期間・支援内容 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 医療機関等での  治療療育歴等 | 医療機関（担当者）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 |
| 課題がある |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |  |
| 支援があればできる |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |  |
| できる |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |  |

令和　年度　個別の教育支援計画

記入例

プロフィール表

記入日　令和6年　4月21日

　　　　　　　　　　 作成者 　　長崎　県一

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | かみごと　たろう | | | | 性別 | | 男 | | 生年月日 | | | | 平成22年11月11日 | | | | |
| 氏　　名 | 上五島　太郎 | | | |
| ふりがな | かみごとう　いちろう | | | | 住所 | | 〒857－□□□□  長崎県南松浦郡新上五島町〇〇郷△△△－〇 | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | 上五島　一郎 | | | |
| 電　　話 | （自宅）0959－8765－4321（緊急連絡先）080－1234－5678　続柄（　母　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育・教育歴  （転入学等も記入） | 認定こども園・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26年4月～平成29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29年4月～令和2年3月  令和2年4月～令和5年3月 | | | | | | | |
| （中） | 新上五島町立☆☆中学校 | | | | | | | | 令和5年4月～ | | | | | | | |
| （高） |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 福祉機関・  習い事等の  利用歴等 | 福祉機関・相談支援事業所・習い事等 | | | | | | | | | 利用期間・支援内容 | | | | | | | |
| 放課後デイサービスかみごとう  相談支援事業所　しんかみ（担当：☆☆さん）  ※学童保育・習い事等も記入する。 | | | | | | | | | 令和2年5月～（普段は週2回火・木、長期休業中は週３回程度利用） | | | | | | | |
| 医療機関等での  治療療育歴等 | 医療機関（担当者）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（△△Dr）  上五島病院（□□Dr） | | | | | | | | | 平成30年12月～（毎年1回受診）  平成24年～　必要に応じて受診  令和2年9月～　ストラテラ処方（1日2回服薬） | | | | | | | |
| 診断・検査の  結果等 | 知的障害  注意欠陥多動性障害  （H30.12こども医療福祉センター）  WISC-Ⅳ知能検査  IQ65（言語72知覚71WM71処理73）（R5.8　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 |
| 課題がある |  | |  |  | |  | |  | | | |  | | 〇 | | 〇 |  |
| 支援があればできる |  | | 〇 | 〇 | |  | | 〇 | | | |  | |  | |  |  |
| できる | 〇 | |  |  | | 〇 | |  | | | | 〇 | |  | |  | 〇 |