個別の教育支援計画Ａ（盲・聾・養護学校用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 障害の状況 |  | 健康・身体の状況 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 発作 |  |
|  |  |  |  |
| 身体障害者手帳 |  | 服薬 |  |
|  |  |  |  |
| 療育手帳 |  | 医療機関名 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 主治医名 |  |
|  |  |  |  |
| 生育歴 |  | 教育相談歴 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭生活や地域生活の状況 |
| （家族構成） | （生活スケジュール） | （生活マップ） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人の希望 |
|  |
|  |
|  |
| 保護者の願い |
|  |
|  |
|  |