

教 育 支 援 計 画 調 査 票 ①

(更新日 令和 年 月 日)

香川県立高松支援学校

ふりがな			性別		生年月日	平成 年 月 日
氏 名						
ふりがな			現住所	(〒 -) TEL ()		
保護者氏 名						
病 名 等						
手 帳	身 障	種	級	療 育		
合併症（例えば心臓疾患、ぜんそく等、あれば記入）						発作の有無
通学方法（交通手段と距離）だいたいにかまいません				その他		
家 族 構 成	続 柄	氏 名		備 考		

チェック欄（担任名記入）

小 1	小 2	小 3	小 4	小 5	小 6
中 1	中 2	中 3	高 1	高 2	高 3

教育支援計画調査票②-1（支援関係機関一覧）

（更新日 令和 年 月 日）

小学部1年 氏名（ ）

	小学部 1 年	変 更
医 療	主治医 病院名	
	他のかかりつけ医・病院名	
	PT、OTなど 担当者名 回数	
	手術歴（※削除しない）	
	医療的ケア	
	装具・補助具（相談先、事業所名、担当者名）	
福 祉	相談先（事業所名、担当者）	
	サービスの種類・事業所名	
労 働		
そ の 他	交流学习、親の会、地域の活動グループ、訓練会、 学習塾など（名称・内容・回数）	

チェック欄（担任名記入）

小1	小2	小3

教育支援計画調査票②-2（支援関係機関一覧）

（更新日 令和 年 月 日）

小学部4年 氏名（ ）

	小学部 4 年	変 更
医 療	主治医 病院名	
	他のかかりつけ医・病院名	
	PT、OTなど 担当者名 回数	
	手術歴（※削除しない）	
	医療的ケア	
	装具・補助具（相談先、事業所名、担当者名）	
福 祉	相談先（事業所名、担当者）	
	サービスの種類・事業所名	
労 働		
そ の 他	交流学习、親の会、地域の活動グループ、訓練会、 学習塾など（名称・内容・回数）	

チェック欄（担任名記入）

小4	小5	小6

教育支援計画調査票②-3（支援関係機関一覧）

（更新日 令和 年 月 日）

中学部1年 氏名（ ）

	中学部 1 年	変 更
医 療	主治医 病院名	
	他のかかりつけ医・病院名	
	PT、OTなど 担当者名 回数	
	手術歴（※削除しない）	
	医療的ケア	
	装具・補助具（相談先、事業所名、担当者名）	
福 祉	相談先（事業所名、担当者）	
	サービスの種類・事業所名	
労 働		
そ の 他	交流学习、親の会、地域の活動グループ、訓練会、 学習塾など（名称・内容・回数）	

チェック欄（担任名記入）

中 1	中 2	中 3

教育支援計画調査票②-4（支援関係機関一覧）

（更新日 令和 年 月 日）

高等部1年 氏名（ ）

	高等部 1 年	変 更
医 療	主治医 病院名	
	他のかかりつけ医・病院名	
	PT、OTなど 担当者名 回数	
	手術歴（※削除しない）	
	医療的ケア	
	装具・補助具（相談先、事業所名、担当者名）	
福 祉	相談先（事業所名、担当者）	
	サービスの種類・事業所名	
労 働		
そ の 他	交流学习、親の会、地域の活動グループ、訓練会、 学習塾など（名称・内容・回数）	

チェック欄（担任名記入）

高 1	高 2	高 3

個別の教育支援計画 I

部 年

香 川 県 立 高 松 支 援 学 校
作成者氏名 令和 年 月 日

(困っていることなど) 現在の課題	本人	
	保護者	
(つきたい力など) 現在の願い	本人	
	保護者	
児童生徒のニーズを踏まえた長期支援目標		
A B C		
連携する関係機関等(校内・校外)		連携の記録・履歴

1. 個別の教育支援計画は、本校の教育活動に使用する計画書です。
2. 個人情報保護法に基づき転用、転載、複製を禁止します。
3. 配布した教育支援計画は、漏洩等が生じないよう厳重な管理をお願いします。

個別の教育支援計画Ⅱ

部年

香川県立高松支援学校
作成者氏名 令和 年 月

短期支援目標	支援の内容			
	学校・家庭	担当	福祉・医療・労働等	機関名担当者名（年月日）
a	a		a	
b	b		b	
c	c		c	
支援の評価・今後の課題・引継ぎ事項				
a				
b				
c				

1. 個別の教育支援計画は、本校の教育活動に使用する計画書です。
2. 個人情報保護法に基づき転用、転載、複製を禁止します。
3. 配布した教育支援計画は、漏洩等が生じないよう厳重な管理をお願いします。

個別の教育支援計画 I（移行支援用）

氏名

香 川 県 立 高 松 支 援 学 校
作成者氏名 令和 年 月 日

（困っていることなど） 現在の課題	本人	
	保護者	
（将来の生活についての希望など） 現在の願い	本人	
	保護者	
生徒のニーズを踏まえた長期支援目標		
A B C		
必要な関係者・機関との連携について		本人のプロフィールなど
		住所： 連絡先： 保護者名： 保護者連絡先： 出身校：香川県立高松支援学校 担当 進路指導主事 ○○ ○○ (087) 865-4500

この支援計画を了承します。 令和 年 月 日 氏名

1. 個人情報保護法に基づき、転載、転用、複製を禁止します。
2. 配布した教育支援計画は、漏洩等が生じないよう厳重な管理をお願いします。

個別の教育支援計画Ⅱ（移行支援用）

氏名

香川県立高松支援学校

作成者氏名 令和 年 月 日

短期支援目標	支援の内容・合理的な配慮			
	家庭・進路先（ ）	担当	出身校・福祉・医療・労働等	機関・担当者名（年月日）
a	a		a	
b	b		b	
c	c		c	

この支援計画を了承します。

令和 年 月 日 氏名

1. 個人情報保護法に基づき、転載、転用、複製を禁止します。
2. 配布した教育支援計画は、漏洩等が生じないよう厳重な管理をお願いします。