**個別の移行支援計画**

滋賀県立○○高等学校

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **作成日** | 年　月　日 | **作成者** |  |
| **生年月日** | 　年　　月　　日 | **性別** |  | **出身校** | 滋賀県立○○高等学校 |
| **本人住所** | 〒　　　- | **進路先** |  |
| **電話番号** | ① | -　　　- | （　　　　） | ② | -　　　- | （　　　　） |
|  |  | **続柄** |  | **保護者等****住所** | 〒　　　- |
| **障害の****状態等** | **障害名・病名等** | **診断機関** | **診断日** | **服薬・配慮事項等** |
|  |  | 年　月　日 |  |
| **手帳の****取得状況等** | **手帳の種別** | **交付年月** | **等級** | **サービス受給者証** | **自立支援医療** |
| 療育 ／ 精神 ／ 身体 | 年　月交付 |  | あり ／ なし | あり ／ なし |
| **検査** | **検査名** |  | **検査機関** |  | **検査日** | 年　月　日 |
| **結果・備考** |  |
| **資料の有無** | □あり　　□なし |
| **生育歴****療育歴** |  |
| **実態** | **得意なこと・好きなこと** | **苦手なこと・課題** | **落ちつけること・環境** |
|  |  |  |
| **将来の****希望や****願い** | **本人** | **保護者等** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支援の****目標** | **長期目標** | **短期目標** |
|  |  |
| **支援内容** | **合理的配慮** | **その他配慮事項等** |
|  |  |
| **支援の****手立て** | **支援が必要な場面** | **支援が必要な理由** | **具体的な支援の手立て** |
| **健康管理** |  |  |
| **意思疎通** |  |  |
| **活動場面** |  |  |
| **生活場面** |  |  |
| **葛藤場面** |  |  |
| **支援****ﾈｯﾄﾜｰｸ** |  | **機関の名称・連絡先** | **関わり・支援の内容等** |
| **医療機関等** |  |  |
| **発達支援センター等** |  |  |
| **その他福祉機関等** |  |  |
| **余暇・地域生活等** |  |  |

以上の内容を確認し、この個別の移行支援計画を進路先に引継ぐことに同意します。

令和　　　年　　月　　日　　本人署名

令和　　　年　　月　　日　　保護者等署名

本計画の内容を確認し、進路先に引継ぎます。

令和　　　年　　月　　日　　滋賀県立○○高等学校　校長名　　　　　　　　　　印