**「障害のある児童が通う地域の学校への支援事業」**

**医療機関からの情報提供書**

滋賀県立リハビリテーションセンター所長宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（機関の長名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名）

本事業では情報提供を頂き、学校と医療機関およびその他の支援機関が情報共有することで、

①本人、家族、教諭・担当セラピストを含むすべての支援者が児童生徒を支援する上での問題点や課題解決に向けた目標・目的の共有ができる。

②より効率・効果的で安全に児童生徒の能力を引き出すことができる

③児童生徒が充実した学習活動ができる。

と考え、上記3つの成果を目指して取り組みます。

ご多忙な中、大変恐縮ですがご協力よろしくお願い致します。

滋賀県立リハビリテーションセンター

**対象児童生徒名**

**年齢**　　　　　　　　歳

**疾患名**

**リハビリテーション科への通院頻度**　　　　　　　　　　　　　　　１回/　　週・月・年

**現在の運動機能に影響している現病歴・手術歴**

**リスク・注意点等**

**現在行っているプログラム・その目的**

①

（目的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②

（目的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③

（目的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**プログラムの目標**

　短期（期間　　　　　）

　長期（期間　　　　　）

**今後獲得・退行が予想される機能・能力・その根拠**

　（獲得・退行が予想される時期）

**現在行っているホームプログラム**

①

②

③

**学校への指導内容**

**今後、学校側で対応が必要になると予測される内容（その時期）**

**学校行事（運動会・遠足・修学旅行など）への配慮の必要性の有無、その内容**

**家族の学校に対する希望（情報があれば記載ください）**