

個別の教育支援計画(特別支援学級在籍用)

個別の教育支援計画

1 本人のプロフィール

年 月 日作成

ふりがな	〇〇 〇〇	学校名	〇〇〇〇 小学校		
氏名	〇〇 〇〇	性別	学年	生年月日	
		〇	〇年	〇年〇月〇日	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇・.....		TEL (〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇		
入学前の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・〇年 3歳児健診で言葉の遅れを指摘される。 ・〇年～〇年、保育所。心配なことや初めてのことにであうと動けなくなることがしばしば見られる。 ・〇年～〇年、児童発達支援センター通所。 ・〇年、教育相談にて、特別支援学級在籍することを決める。 				
診断及び諸検査等の記録	<p>診断名【4歳「自閉症」と診断される。療育手帳B判定。】</p> <p>田中ビネーV 検査月日【〇年〇月〇日】 IQ〇〇。語彙が少なく、言われたことを正しく理解したり、自己表現をしたりすることが難しい。</p>				

2 合理的配慮

項目	合理的配慮	見直し
情報・コミュニケーション及び教材の配慮	筆箱に絵カードを用意しておき、絵カードを指し示し、意思表示ができるようにする。(4/9)	絵カードを組み合わせ、二語文として、意思表示ができるように取り組む。(1/10)
心理面・健康面の配慮	学習の流れや日常と異なる行事の予定などは視覚的にわかるように写真や絵カードで示し、先の見通しがもてるようにする。(4/9)	
専門性のある指導体制の整備	支援員を配置し、学習及び生活のサポートをする。(4/9)	支援員は、少しずつ距離をとり、見守る場面を増やしていく。(11/1)

3 支援の計画

卒業後の進路希望	本人	食べ物にかかわる仕事がしたい。		
	保護者	本人のペースで人と関わりながら、就いた仕事を続けてほしい。		
関係機関との連携	連携機関	支援内容や所見	連絡先	
	〇〇病院	年2回健診	〇〇科〇〇医師	
	〇〇児童相談センター	療育相談	TEL〇〇-〇〇〇〇	
次年度への引継ぎ	<ul style="list-style-type: none"> ・意思表示のための絵カードや見通しをもつための視覚支援の活用が有効であった。今後も継続していく。今後は、絵カードを交流学級の先生や友達などに提示し、意思表示の相手を増やしていく。 			

保護者の確認 年 月 日 保護者氏名
引継ぎの確認 年 月 日 保護者氏名

・このページは、毎年更新することを原則とする。なお、追記は随時行う。
 ・保護者との協力のもと、保護者の承認を得て作成する。
 ・個別の教育支援計画を進学先等へ引継ぐ際は、保護者の承認を得て行う。