

引継ぎシート(学校→ 学校・特別支援学校 学部・ 大学・事業所：)
 【幼稚園・保育所・認定こども園】

(学校第 学年→第 学年) 学級

取扱注意

年 月 日 記入 ・ 学校名、電話番号 []

記入者(職・名前) []

(ふりがな) 児童生徒名		性別	生	年 月 日		障 が い 名
保護者氏名		男 ・ 女	年 月 日			
【本人の願い】			【保護者の願い】			
進路の希望	<input type="checkbox"/> 学校(通常の学級) <input type="checkbox"/> 学校(特別支援学級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>]					
学校生活等での自立に向けて取り組んできた内容と今後に向けて						
	保護者や子どもの願いや思いを踏まえた目標	・指導の状況 ・現在できることと課題があること ・特徴的なエピソード		今後の支援や必要な配慮 ※ 関係機関と連携して支援をする場合は、学校のみか支援をする場合は(学)と記載して、必要事項を記入する。		
生活面	【 <input type="text"/> までに目指す姿】					
行 動・性 格 感 情・感 覚	【 <input type="text"/> までに目指す姿】					
学 習 面	【 <input type="text"/> までに目指す姿】					
場面やルールの理解	【 <input type="text"/> までに目指す姿】					
友達や教師との関わり コミュニケーション	【 <input type="text"/> までに目指す姿】					
特記事項 疾病等に関する情報						
合理的配慮の提供及び入学(進級)した直後の配慮事項等について						
想定される行動等			合理的配慮(○)及び必要な支援(・)(本人および環境)			
そ の 他 の 情 報	(例) 家庭環境	通 院 機 関	診 断 名 医 療 機 関	障害者手帳の有無 ○で囲む。 ・身体障害者 ・療育 ・精神障害保健福祉 取得(更新) 年 月 日		