|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **成長過程のあゆみ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2019年●月●●日 現在 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **プロフィール** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | ●●●　●●● | | | | | | | | | | 男性 | | | 現住所 | 〒●●● | | | 神奈川県横浜市●●  ●● | | | | | | | | |
| 氏名 | | | ●●　●● | | | | | | | | | |
| 横浜市立●●小学校まで　徒歩●●分 | | | | | | | | | | | |
| 年齢 | | | 20●●年●月●日 | | | | | | 満 | | ● | 歳 | （自宅） | | | | | | | | （携帯） | | | |  | | | |
| **学歴・資格・スキル** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格 | 2018年　●月 | | 日本漢字能力検定　１０級　　　　　　　　　　　　　 取得 | | | | | | | | | | | | | | | 2019年　6月 | | | 日本漢字能力検定　●級　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取得目標 | | | | | | | |
| 2019年 ●月 | | 日本算数能力検定　　９級　　　　　　　　　　　　　　　　取得目標 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| 【スキル備考】 | | | １．●●●　２．礼節をわきまえる　３．運筆ができるようになり、ゆっくりと課題へ取り組む力が身についている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  |  | | |  |  | |
| **学業・初見** | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 高校 | | **横浜市立●●小学校** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在籍 | | 20●年●月 | | | ～ | | | 現在小学●年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・小学●年生（部活動：●●）  【初見】  ・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **疾患名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | |  | | | | | | | | | | | | 診断時期 | | | | | | | | | | | | |
| ●●● | | | | | | | | | | | | |
| 配慮点 | | | **【特徴】**  **【得意なこと】**  得意なこと  苦手なこと  **【苦手なこと】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断までの  時系列 | | | **【診断までの出来事(時系列)】** ●● **【治療内容】**  ●●治療・〇〇療法  **【診断を受けた後の経緯】**  **【これまでの症状悪化要因(発症時以外）】**  **【症状改善・安定の要因】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支援機関  情報 | | | **■相談先**  事業所名：特定非営利活動法人●●●●  相談者：〇〇〇〇  所在地：●●  連絡先：●●●-●●●-●●●● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

以上の事柄は本人との相談と客観的な視点を通して作成しました

**特定非営利活動法人●●●●　〇〇〇〇**