**【児童発達支援計画(アイリスシート)】**

作成日:　 　 　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （男・女） | 計画期間 | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 記入機関 |  |
| グループ指導 | 回/月 | 個別指導 | 回/月 |
| 担当者 |  | 担当者 |  |
| 保護者の希望 | | | |
| 重点目標 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 支援目標・内容 | 支援の手立て、留意点など | 達成状況・実態 |
| 日常生活 |  |  | 評価時に記入 |
| 運動･認知 |  |  |  |
| 集団参加 |  |  |  |
| コミュニケーション |  |  |  |

**≪発達支援≫**

|  |  |
| --- | --- |
| **≪家族支援≫** |  |
| **≪地域支援≫** |  |
| 身体状況（視力、聴力など）、  最新の検査結果 | 評価時に記入 |
| 次年度も引き続き支援が必要だと思われる事項、希望等 |  |

評価：◎－ひとりでできる　○－援助があればできる　△－もう少し援助が必要

|  |
| --- |
| **備考** |

事業所名：

代表者：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

児童発達支援管理責任者：

作成者（職種）:　 　　　　　　　　　　 　 　㊞

上記の児童発達支援計画に同意します。

　　　　年　　月　　日　　保護者氏名