**練馬区教育委員会　連携支援シート（案）**

**（作成日　 年 月 日）**

**現在の所属施設名：**

|  |  |
| --- | --- |
| **①氏名（ふりがな）****および性別** | **男　・　女** |
| **②生年月日・年齢** | **歳** |
| **③住所・連絡先** | **℡　　　（　　　　）** |
| **④家族状況****（保護者・兄弟姉妹の状況など）** |  |
| **⑤障害名・疾病の状況****（入院歴含む）** |  |
| **⑥手帳の所持状況** | **身体障害者手帳（　級）　　　　交付日：****愛の手帳（　度）　　　　　　　交付日：****精神障害者保健福祉手帳（　級）交付日：** |
| **⑦必要と思われる支援およびその状況** | **食事：****排泄：****移動：****コミュニケーションに際して：****その他：** |
| **⑧主治医および連絡先** | **（障害にかかわる主治医）****（かかりつけ医）** |
| **⑨薬名および種類** |  |
| **⑩アレルギーの有無** | **有　・　無****（有の場合）****食事（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **⑪医療的ケアの状況** |  |
| **⑫メンタルケアの要否** | **要　・　否****（要の場合、その状況）** |
| **⑬保護者の希望** |  |
| **⑭その他** |  |

**記入者所属：**

**記入者氏名：**