

No.3 プロフィール表（支援の記録②）

歳 年	名前		記入日	年	月	日	
			追記日	年	月	日	
本人の 願い		保護者の 願い					
本年度の 目標		支援の 手だて					
現状・課題・支援目標・内容など				担当者・連絡先			
関係機関の 具体的支援・ 連携等	医療						
	福祉						
	教育						
	地域・ 余暇						
	労働						
その他							
診断名等	診断を受けた日				年	月	日
	医療機関名				主治医		
手帳	療育手帳	有・無	A1 A2 B1 B2	認定	年	月	日
	身体障害者手帳	有・無	種 級	認定	年	月	日
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	種 級	認定	年	月	日
発達検査等	検査の種類・結果 検査機関 (検査年月日)		検査の種類・結果 検査機関 (検査年月日)				
	検査の種類・結果 検査機関 (検査年月日)		検査の種類・結果 検査機関 (検査年月日)				
引継事項							

※ 本シートは関係機関との連携を中心に支援内容等を記入し、加筆や修正は随時行う。