個別教育プログラム（IEP）
メリーランド州教育省（MSDE） 特別教育部

生徒情報
（2026年7月1日、MSDE使用承認のフォーム）

◯ドラフト _____
◯承認 _____
◯修正 _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

生徒および学校情報

ファーストネーム： _____ミドルネーム：_____ラストネーム：_____
住所：_____
市：_____州：_____ 郵便番号：_____
学年：_____
学生番号（州）：_____
学生番号（ローカル）：_____
生年月日：□□·□□·□□□□ （月・日・年）
年齢：_____性別： ◯ 男 ◯ 女

人種

人種： ヒスパニックまたはラテン系 □ はい □ いいえ
□ アメリカンインディアンまたはアラスカンネイティブ
□ アジア
□ 白人
□ ネイティブハワイアンまたはパシフィックアイランダー
□ 黒人またはアフリカ系アメリカ人

多言語学習者として特定された学生: ◯ はい ◯ いいえ
生徒のネイティブ言語：_____
居住国：_____
在籍校：_____
サービス国：_____
サービス校：_____
緊急避難所が必要ですか?◯ はい ◯ いいえ
はいの場合、緊急避難先をこちらにご記入ください：_____
どの管轄区域での支払い責任がありますか?_____
生徒は現在、州機関の庇護下また管理下にありますか? ◯ はい ◯ いいえ
はいの場合、名称を記入してください：_____
生徒は保護者代理人が必要ですか? ◯ はい ◯ いいえ
保護者代理人名前：_____電話番号：_____

保護者/ガーディアン１
ファーストネーム：_____ ミドルネーム：____ ラストネーム：_____
自宅電話番号：（ ） – 携帯電話番号：（ ） –
メールアドレス：_____
保護者のネイティブ言語（英語以外の場合）：_____
通訳は必要ですか? ◯ はい ◯ いいえ

保護者/ガーディアン２
ファーストネーム：_____ ミドルネーム：____ ラストネーム：_____
自宅電話番号：（ ） – 携帯電話番号：（ ） –
メールアドレス：_____
保護者のネイティブ言語（英語以外の場合）：_____
通訳は必要ですか? ◯ はい ◯ いいえ

ケースマネージャー：_____
IEPチームミーティング日：_____
IEPアニュアルレビュー日：_____
◯ 保護者に手続き上の保護措置に関する保護者の権利のコピーを配布済みです。
◯ 保護者にIEPチームのプロセスにおける保護者の権利と責任についてロ頭および書面の説明を提供済みです。
◯ 保護者にメリーランド州のコピーを含む療育サービスへのアクセスについてロ頭および書面の情報を提供済みです

母国語翻訳： 保護者への通知 ◯ はい ◯ いいえ ◯ 該当しない 保護者のリクエスト ◯ はい ◯ いいえ

アニュアルレビュー予定日：_____
最新評価日：_____
評価予定日：_____
一次障害：_____
障害分野：_____

完了情報

完了日： □□·□□·□□□□ （月・日・年）

カテゴリー：
◯ A – 一般教育復帰（ホームスクーリングですか? ◯はい ◯ いいえ）
◯ B – メリーランド州高校卒業認定修了
◯ C – メリーランド州高校卒業プログラム修了認定受領
◯ D – 21歳
◯ E – 死亡 ◯ F – 引越し先で継続
◯ H – 中退
◯ I – 特別ケース
◯ J – サービスへの保護者の同意破棄

IPEPチーム参加者

IEPケースマネージャー：_____
IEPチェア：_____
保護者/ガーディアン：_____
保護者/ガーディアン：_____
校長/被指名人：_____
一般教育担当：_____
特別教育担当：_____
ガイダンスカウンセラー：_____
スクールカウンセラー：_____
ソーシャルワーカー：_____
言語療法士：_____
生徒：_____
エージェンシー代表：_____
そのほか出席者：_____
そのほか出席者：_____
そのほか出席者：_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

初期評価資格データ（資格の有無を判断するために初回評価時のみ必要）

生徒の疑われる障害により影響を受ける分野： _____
決断に至った議論： _____

生徒の学業成績不振の原因は次のうちどれに該当しますか？
a) 読む力に必要な指導を含む適切な読みの指導不足 ○ はい ○ いいえ
b) 数学指導不足 ○ はい ○ いいえ
c) 英語力不足 ○はい ○ いいえ
（上記のいずれではいを選んだ場合、生徒は特定の障害を有するという資格を満たします。）

生徒が学校生活で十分に成長するには特別な指導が必要ですか？ ○ はい ○ いいえ

初期資格（3歳未満）

初期評価への保護者の同意日 □□・□□・□□□□ （月・日・年）
初期評価日： □・ □□・□□□□ （月・日・年）

生徒はIEPを通したプレスクール特別教育および関連サービスを受ける資格を有します。 ○ はい ○ いいえ

初期障害をお選びください

○ 自閉症 ○ 発達遅延 ○ 知的障害 ○ 学習障害 ○ 言語障害 ○ 視覚障害
○ 聴覚障害 ○ 感情障害 ○ 肢体不自由 ○ ディスレクシア ○ 書字障害 ○ 外傷性脳損傷 ○ 複数障害
○ 盲ろう者 ○ 難聴 ○ その他健康障害 ○ 算数障害 ○ その他 _____
○ 認知（具体的に） _____
○ 感覚 （具体的に） _____
○ 身体（具体的に） _____

決定に対する文書： _____

初期評価遅延理由：
○同意の却下、州外への引っ越し、子供の疾患により資格が決定されませんでした。
○初期評価
子どもの評価が遅れた場合、その理由を記入してください：
○ 保護者が繰り返し子どもを連れてこなかったり、拒否した
○ 保護者が同意を拒否したことで、評価や初期サービスに遅れが生じた
○ 保護者により延期が要請された - 保護者とIEAPチームが文書における相互同意を持って開始を遅らせた
○ 学校や機関の閉鎖
○ その他
○ 悪天候
○ 人員問題 ○ ペーパーワークの問題
○ 初期暫定テスト結果
○ そのほかにある場合は、記入してください： _____

３ページにあるIFSPを通した
介入サービスへの保護者の継続同意日 □□・□□・□□□□ （月・日・年）
初期IEP開発日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）
サービス開始の保護者同意日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）
初期IEP開始日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）

本生徒は乳児、幼児（パートC）、プレスクール（パートB）へ移行し、IEPを通じたサービスを受けていますか？ ○はい ○ いいえ

３ページにあるIEP開始遅延理由
○ 同意破棄、他州への引っ越し、疾病などにより子どもが参加できないことにより資格が決定されませんでした。
○ ３ページにある初期IEP開始
３ページにある初期IEPが開始されない場合、遅延理由を記入してください：
○ 保護者が何度も子どもを連れてこなかったり、拒否したため
○ 保護者が同意を拒否したため、評価や初期サービス開始が遅れた
○ 悪天候
○ 保護者が延期を要請 - 保護者とIEPチームが文書における相互同意を持って延期
○ 学校や機関閉鎖
○ その他
○ 悪天候
○ 人員問題 ○ ペーパーワークの問題
○ 初期暫定テスト結果
○ そのほかにある場合は、記入してください： _____

保護者が特別教育や関連サービス開始に対応しないまたは同意しなかった場合、公的機関は特別教育や関連サービスを学生に提供することはなく、34 CFR §300におけるFAPE（無償かつ適切な公教育）に違反していないものとします。

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

初期資格（３から21歳の生徒）

初期評価への保護者の同意日 □□・□□・□□□□ （月・日・年）
初期評価日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）

子どもは障害を持つ生徒として、特別教育および関連サービスを受ける資格を有します。○ はい ○ いいえ

初期障害をお選びください

○ 自閉症 ○ 発達遅延 ○ 知的障害 ○ 学習障害 ○ 言語障害 ○ 視覚障害
○ 聴覚障害 ○ 感情障害 ○ 肢体不自由 ○ ディスレクシア ○ 書字障害 ○ 外傷性脳損傷 ○ 複数障害
○ 盲ろう者 ○ 難聴 ○ そのほか健康障害 ○ 算数障害 ○ その他 _____
○ 認知（具体的に）_____
○ 感覚（具体的に）_____
○ 身体障害（具体的に）_____

判断の根拠となる文書： _____

初期評価遅延理由

○ 転学、中退、保護者の同意破棄などにより資格が決定されませんでした。
○ 初期評価
評価が遅延した場合、遅延理由を記入してください：
○ 保護者が何度も子ども連れてこなかったり、拒否した
○ 学生は、60 日間の期間が開始してからLEAによる決定が行われる前に登録されます。受け入れ側のLEAが 評価を完了するのに十分な進捗を遂げ、保護者と LEAが 評価を完了するための特定の時間に合意した（すべての条件を満たす必要があります）
○ 保護者による延期申請 – 保護者とIEPチームが文書における相互同意を持って延期した
○ 学校や機関閉鎖
○ 悪天候
○ その他
○ ペーパーワークの問題 ○ （保護者の意図とは別に）子どもが来られない/子どもが拒否した
○ 暫定的な検査結果 ○ 人員問題
○ 他にある場合は、具体的に記入してください _____

保護者の同意日 – ３ページにあるIFSPを通じた初期介入サービスを継続します：
IEPを通じたサービスを申請するように □□・□□・□□□□ （月・日・年）

学校から保護者に通知した日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）
IFSPサービス終了日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）
初期IEP開発日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）
サービス開始の保護者同意日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）
初期IEP開始日： □□・□□・□□□□ （月・日・年）

本生徒は乳児、幼児（パートC）、プレスクール（パートB）へと移行し、IEPを通じたサービスを受け取っていますか？ ○はい ○ いいえ

継続資格データ（最低３年ごとに再評価必要）

再評価が求められる分野を記入してください： _____ 決定をサポートする話し合い内容： _____

評価日：□□・□□・□□□□ （月・日・年）（これはIEPチームが全ての評価マテリアルのレビューを完全に、包括的に完了した最新日です。）

現在もなお生徒に障害があり、特別教育や関連サービスの継続が必要となる教育的ニーズがありますか？ ○ はい ○ いいえ

生徒のIEPで設定された測定可能な年間目標を達成するために、一般教育カリキュラムに参加するために必要な特別教育や関連サービスに追加や修正がありますか？ ○ はい ○ いいえ

生徒に障害がありますか？ ○はい ○ いいえ 判断材料文書： _____

一次障害を記入してください

○ 自閉症 ○ 発達遅延 ○ 知的障害 ○ 学習障害 ○ 言語障害 ○ 複数障害
○ 聴覚障害 ○ 感情障害 ○ 肢体不自由 ○ ディスレクシア ○ 書字障害 ○ 外傷性脳損傷 ○ 認知（具体的に） _____
○ 盲ろう ○ 難聴 ○ そのほか健康障害 ○ 算数障害 ○ そのほか _____ ○ 視覚障害 ○ 感覚（具体的に）_____
○ 身体（具体的に）_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

ディストリクトまたは州レベルでの評価への生徒の参加および卒業情報

卒業要件を保護者に説明しました ○ はい○ いいえ
www.marylandpublicschools.orgから卒業要件をご覧いただけます。
その他地域の卒業要件記録： _____

完了の予定カテゴリー：
本生徒は以下とともに終了します： ○ メリーランド州高校ディプロマ
（適用される項目をすべて選択）
□ 2単位米国のボディランゲージを含む
□ 州が承認した職業技術教育課程を無事修了すること
○ 本生徒が21歳になる学年末におけるプログラム修了証
○ 本生徒が21歳になる学年末前のプログラム修了証（保護者と生徒本人の選択）

終了予定日：
本生徒は _____年生のプログラムに参加し、 _____（月・日・年）に学校を卒業または修了予定です

終了時、本生徒は学業成績、機能パフォーマンス、アコモデーション、中等教育後の目標進捗を含むメリーランド州パフォーマンス報告（MSOP）を受け取ります。

メリーランド州注釈付法典の教育条項§8-412.1に記載されているように、限られた状況を除き、IDEAに基づく権利は成年年齢に達した障害のある学生には移行されないことを学生と保護者に通知しましたか? ○ はい ○ 該当しない

現在のIEP期間中に実施さえっるメリーランド州包括的なアセスメントプログラム（MCAP）への参加計画

本生徒は３年生から８年生まで**メリーランド州包括的なアセスメントプログラム（MCAP）アセスメント**に参加します
英語言語芸術/文学 ○ はい ○ いいえ 数学 ○ はい ○ いいえ 社会（８年生のみ）○ はい ○ いいえ MISA 科学（5年生、8年生）○ はい ○ いいえ

本生徒は高校生向け**メリーランド州包括的なアセスメントプログラム（MCAP）アセスメント**に参加します
英語言語芸術/読み書き ○ はい ○ いいえ 代数 ○ はい ○ いいえ 代数 II ○ はい ○ いいえ 幾何学 ○ はい ○ いいえ ライフサイエンス（LS）MISA ○ はい ○ いいえ
政治学 ○ はい ○ いいえ

IEPチームは他の学業成績基準に基づく他のアセスメントに参加すべきであると判断しましたか？
（*IPEチームへのガイダンス添付A要件を満たす：代替評価への参加決定およびインストラクション使用した代替基準を電子IEPフォルダーに毎年記録及び保存します。）*
○ はい ○ いいえ
保護者は生徒が以下の評価学年における代替学業成績基準に基づく**代替アセスメントに参加することに同意していますか？**
・英語言語芸術（３年生から８年生、１１年生）・数学（３年生から８年生、１１年生）・科学（５、８、11年生のみ）
○ はい - 書面における同意日：□□・□□・□□□□ ○ いいえ - 書面における拒否日：□□・□□・□□□□
○ IEPチームとのミーティングから15営業日以内に返信なし

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

ディストリクトまたは州レベルでの評価への生徒の参加および卒業情報

インストラクションを使用した代替基準への参加計画

IEPチームは生徒に継続した場合、メリーランド州高校ディプロマの単位を取得できない**代替基準を使用して導入すること**を決定しましたか？
（*IPEチームへのガイダンス添付A要件を満たす：代替評価への参加決定およびインストラクション使用した代替基準*を電子IEPフォルダーに毎年記録及び保存します。）

◯ はい ◯ いいえ

保護者は生徒に代替基準を使用して導入することに導入していますか？

◯ はい – 書面における同意日：□□·□□·□□□□ ◯ いいえ – 書面における拒否日：□□·□□·□□□□

◯ IEPチームミーティング日から15営業日以内に反応なし

判断材料文書。もし生徒が代替評価に参加している場合は、代替評価がその生徒にとって適切である理由と、生徒が一般教育評価に参加できない理由を明記してください。

_____

_____

_____

注意：生徒は国内または国外のアセスメントに参加することを求められることがあります。認可されている国内または国外のアセスメントのみが許可されています。

高校最終学年を修了した人はHSAを免除されることがあります

IEPチームは免除を決定する生徒のプロセス基準を議論しており、HSA免除を地域の責任者に提案しています。

◯ はい **（はいの場合、推奨された日付を記入してください）** _____ ◯ いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

英語運用能力概要

この学生は多言語学習者ですか？ ○ はい ○ いいえ
生徒の英語運用能力アセスメントでの成績はどうでしたか？
アセスメント日□□·□□·□□□□（月・日・年）
全体運用レベル _____
○ ENTERING ○ EMERGING ○ DEVELOPING ○ EXPANDING ○ BRIDGING ○ REACHING

または

代替英語運用能力評価における本生徒のパフォーマンスはいかがですか？
評価日 □□·□□·□□□□（月・日・年）
全体的な運用レベル _____
○ INITIATING ○ EXPLORING ○ ENGAGING ○ ENTERING ○ EMERGING

州全体メリーランド州包括的なアセスメントプログラム（MCAP）運用概要

□□·□□·□□□□時点での**幼稚園予備審査（KRA）**に適用する場合、本生徒のパフォーマンスはいかがですか？

スター早期識字教育	**パフォーマンスレベル:** ○ 初級 ○ 中級 ○ 上級
Star Math	**パフォーマンスレベル:** ○ 初級 ○ 中級 ○ 上級
SAEBRS（社会的、学業的、感情的行動リスクスクリーニングツール）	**リスクレベル:** ○低リスク ○ややリスク ○高リスク

□□·□□·□□□□時点での３年生から８年生のMCAP評価の成績はどうですか？

	現在のスケールスコア		昨年のスケールスコア		最新の運用レベル			
MCAP	**学年**	**スケールスコア**	**学年**	**スケールスコア**	**レベル１ 初級レベル学習者**	**レベル２ 中級レベル学習者**	**レベル３ 上級レベル学習者**	**レベル４ 優秀な学習者**
英語 言語芸術					○	○	○	○
数学					○	○	○	○
代数学I 適用する場合					○	○	○	○
社会（８年生）					○	○	○	○
MISA 科学（5年生、8年生）					○	○	○	○

□□·□□·□□□□時点での生徒の高校時代**のMCAP**評価はどうでしたか？

MCAP	**最新スケールスコア**	**過去のスケールスコア**	**最新の運用レベル**			
			レベル１ 初級レベル学習者	**レベル２ 中級レベル学習者**	**レベル３ 上級レベル学習者**	**レベル４ 優秀な学習者**
ELA/文学（10年生）			○	○	○	○
代数			○	○	○	○
代数 II			○	○	○	○
幾何学			○	○	○	○
ライフサイエンス（LS）MISA			○	○	○	○
政治学			○	○	○	○

代替アセスメントがある場合、本生徒のパフォーマンスはいかがでしたか？
□□·□□·□□□□時点

	最新の運用レベル			
DLM	**レベル１ 初級**	**レベル２ 中級**	**レベル３ 中上級**	**レベル４ 上級**
英語 言語芸術	○	○	○	○
数学	○	○	○	○
科学（５、８、11年生のみ）	○	○	○	○

州での評価の成績に関する追加のコメント：_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

初期学習スキル：
- ○ 言語と識字
- ○ 初期認知とSTEAM（科学、技術、工学、芸術、数学）
- ○ 社会的情動の発達
- ○ 身体的健康と運動発達
- ○ 学習へのアプローチ

子どもの教育及び機能的パフォーマンスレベルを適切な分野ごとに記録します。

出典：_____

_____

_____

教育および機能的パフォーマンスレベル：（次を含む複数のデータをご参照ください：個別アセスメント結果、クラスルーム基盤アセスメント、ディストリクトアセスメント、クラスルーム基盤観察、保護者情報、関連分野の学生インプットと一般教育教員インプット。）_____

_____

アセスメント結果まとめ（管理日を含む）：_____

_____

_____

_____

_____

本分野は子どもの教育及びまたは機能パフォーマンスに影響を与えますか？ ○はい○いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

学業

生徒の学業成績及び学業分野での機能パフォーマンスレベルを記録してください。

出典：_____

アセスメント結果まとめ（管理日を含む）：_____

_____

（次を含む複数のデータをご参照ください：個別アセスメント結果、クラスルーム基盤アセスメント、ディストリクトアセスメント、クラスルーム基盤観察、保護者情報、関連分野の学生インプットと一般教育教員インプット。）_____

_____

インストラクション学年レベルパフォーマンストレンドデータ（生徒の過去２年間の成長 率を記録）：

学年	インストラクション学年レベルパフォーマンス

この分野は本生徒の学業成績およびまたは機能パフォーマンスに影響しますか？ ○はい○いいえ

この領域には「ギャップを縮める」という目標が必要ですか？ ○ はい ○いいえ：_____

「いいえ」の場合は、判断の根拠を文書で示してください。

健康

出典：_____

パフォーマンスレベル：_____

（私立、州立、ローカルスクールシステム、クラスルーム基盤アセスメントを考慮する。）

アセスメント結果まとめ（管理日を含む）：_____

_____

_____

この分野は本生徒の学業成績およびまたは機能パフォーマンスに影響しますか？
○ はい ○ いいえ

物理

出典：_____

パフォーマンスレベル：_____

（私立、州立、ローカルスクールシステム、クラスルーム基盤アセスメントを考慮する。）

アセスメント結果まとめ（管理日を含む）：_____

_____

_____

この分野は本生徒の学業成績およびまたは機能パフォーマンスに影響しますか？
○ はい ○ いいえ

社会的感情/行動

出典：_____

パフォーマンスレベル：_____

（私立、州立、ローカルスクールシステム、クラスルーム基盤アセスメントを考慮する。）

アセスメント結果まとめ（管理日を含む）：_____

_____

_____

この分野は本生徒の学業成績およびまたは機能パフォーマンスに影響しますか？
○ はい ○ いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

中等教育への移行：

○ 就労
○ 教育/トレーニング
○ 自立した生活
○ 自己決定
○ 旅行スキル

IEPの期間で１４歳以上になる学生は就業及び教育/訓練を修了する必要があります。

情報源：(少なくとも 2 つの情報源を特定し、そのうち 1 つは学生のインタビューである必要があります)

□学生インタビュー（必須） 日付:_____
□ キャリアクルージング 日付:_____
□ コノバー移行の評価 日付:_____
□ ナビアンス 日付:_____
□ O*ネット 日付:_____
□ 写真興味職業調査（PICS） 日付:_____
□ ポジティブパーソナルプロファイル（PPP） 日付:_____
□ 移行計画インベントリ（TPI） 日付:_____
□ その他 ：_____日付:_____

パフォーマンスの現在のレベル（状況に応じて）:_____

_____

アセスメント結果まとめ（管理日を含む）：_____

_____

_____

_____

_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

就学前:オーセンティック評価

就学前特別教育サービスの目的は、お子さんが学校での（一般カリキュラム）やその他の社会環境や家庭での日常の活動にうまく参加できるよう支援することです。したがって、 これらの活動や環境におけるお子さんの機能的能力を把握することが重要となります。オーセンティック評価では、幼児期の次の3つのアウトカム領域における子どもの機能的なスキルと行動に関する情報を意図的に収集します。すなわち、(1) ポジティブな社会的・情緒的なスキルと人間関係の形成、(2) 知識とスキルの習得と活用、(3) ニーズを満たすための適切な行動の採用です。複数の情報源を用いて、子どもの個々の能力や成長状況を、自分自身や同年代の子どもとの関係性の中で把握します。これらの情報源には、家族の懸念事項と優先事項、および環境全体にわたるお子さんの教育的および機能的遂行能力が含まれます。

使用した評価：（該当するものをすべて選択してください）

- ☐ ルーチンベースの面接日_____
- ☐ 日常生活における家族の楽しみを評価するための尺度（SAFER） 日付_____
- ☐ ルーティンとエンゲージメントに対する教師の印象を評価するための尺度（SATITRE）日付_____
- ☐ 現地開発面接日_____
- ☐ その他: _____ 日付_____

お子さんはどこで時間を過ごしますか？（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ チャイルドケアセンター
- ☐ ファミリーサポートセンター
- ☐ 親の勤務先
- ☐ パブリックプレKプログラム
- ☐ お子さんの家
- ☐ 家族の自宅
- ☐ パークス＆レクリエーションというプログラムまたは活動
- ☐ 宗教的な環境
- ☐ アーリーヘッドスタート/ヘッドスタート
- ☐ ジュディセンター
- ☐ 就学前の保育園
- ☐ シェルター
- ☐ ファミリーチャイルドケア
- ☐ 図書館
- ☐ 私立のプレK/保育園
- ☐ その他:_____

所見：〇 いいえ 〇 はい–所見の日付 _____ 観察されたルーチン/活動：（該当するものをすべて選択してください）

- ☐ 身支度
- ☐ サークルタイム
- ☐ 移動
- ☐ その他:_____
- ☐ おむつ/トイレ
- ☐ 学習センター
- ☐ 昼寝/休憩/就寝時間
- ☐ 食事時間/おやつ
- ☐ 読書の時間
- ☐ 学校から出発
- ☐ 学校に到着
- ☐ 外遊び
- ☐ バスに乗車

未就学児の教育上および機能的遂行能力に関して親が抱く懸念事項と優先事項とは、何ですか? こうした懸念は、お子さんが他者と関わり、学び、活動に参加し、自立してゆく方法にどのような影響をもたらしますか？

_____

_____

お子さんの障害は、年齢に応じた活動へのアクセスや参加にどのような影響をもたらしますか？

_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

就学前:評価サマリー

就学前特別教育サービスを受ける適格性を判断するには、各領域におけるお子さんのスキルレベルを反映したスコアを生成する標準化されたツールが必要となります。オーセンティック評価の活動では、日常のルーチンや活動におけるお子さんの機能的スキルや能力に関する情報を収集します。
機能的能力は発達の領域と重複しており、お子さんがどのように学び、成長するかという統合的な性質を反映しています。したがって、すべての機能的能力、長所、およびニーズを3つの機能的なアウトカム領域にまとめます。情報源とは、家族や介護者との会話、日常の活動におけるお子さんの所見、評価結果、オーセンティック評価活動、外部からの報告などをいいます。

さらに、チームは、これら3つのアウトカム領域におけるお子さんの機能性が、同年代の他のお子さんとどのように比較できるか検討し、特定します。これは、お子さんの発達と日常の活動への参加を支援するのに役立ち、就学前の特別教育サービスに参加することでお子さんがどのように恩恵を受けるのかを知るのにも役立ちます。

子どものアウトカムサマリー（COS）タイプ： □ 初期 □ 暫定 □ 終了 COS 完了日: _____ □ 親による入力なしで完了
情報源: _____

アウトカム領域：ポジティブな社会的・情緒的スキルと人間関係の育成

これは、お子さんが周囲の人々、つまり両親、教師、介護者、兄弟姉妹、クラスメート、その他の幼い子どもたちとどのように関係性を築いているかを指します。これには、コミュニケーション、感情の適切な表現、自分の行動の制御など、さまざまなスキルが含まれます。良好な社会的関係を築くには、お子さんが自分の順番を待ったり、分かち合ったりするなど、人と交流するためのルールに従うことも必要となります。詳細については、https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp にある 3つの大まかなアウトカムの幅 をご覧ください。

お子さんは、以下をどのように行っていますか： ● 介護者との関係性を築くこと ● さまざまな場面で他者に注意を払うこと ● 仲間と交流すること ● ソーシャルゲームに参加して、他者とコミュニケーションをとること ● 社会の規範に従い、日常生活の変化に適応すること ● 自分の感情を表現し、他人の感情に反応する							
お子さんの発達は、同年代のお子さんとどのように関係していますか？ 同年代のお子さんたちとの関係性：	○ 機能しているのはずっと小さい子どものようだといえます。彼/彼女は初期のスキルを発揮しますが、この領域ですぐに必要とされる基礎的なスキルや年齢に応じて期待されるスキルはまだ発揮していません。	○ 新しいスキルやすぐに必要とされる基礎的なスキルを発揮しています。こうしたスキルは、この領域で年齢に相応しい行いをするのに役立ちます。	○ 彼/彼女の年齢に期待されるスキルをまだ使っていない。しかし、彼/彼女はこの領域で利用できる数多くの重要ですぐに必要とされる基礎的なスキルを身に付けています。	○ 年齢に応じて期待されるスキルを時として使っていますが、この領域において彼/彼女のスキルの多くはまだ年齢的に期待されていません。	○ 年齢に応じて期待されるスキルを数多く示していますが、この領域では若干年少の子どものような機能を発揮し続けています。	○ 私たちが年齢的に彼/彼女に期待するスキルを持っていますが、この領域においては懸念が伴います。	○ この領域に関して、私たちが年齢的に彼/彼女に期待するスキルを持っています。
元の評価サマリーを更新する場合にのみ回答してください。	前回の評価サマリー以降に、お子さんはポジティブな社会的・情緒的な発達と人間関係に関連する新しいスキルや行動を示しましたか？○ はい ○ いいえ						

このアウトカム領域は、お子さんの教育的および/または機能的遂行能力に影響をもたらしますか？ ○ はい ○ いいえ
チームは、このアウトカム領域に関連する機能的目標の策定を検討する必要がありますか? ○ はい ○ いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

就学前:評価サマリー

就学前特別教育サービスを受ける適格性を判断するには、各領域におけるお子さんのスキルレベルを反映したスコアを生成する標準化されたツールが必要となります。オーセンティック評価の活動では、日常のルーチンや活動におけるお子さんの機能的スキルや能力に関する情報を収集します。
機能的能力は発達の領域と重複しており、お子さんがどのように学び、成長するかという統合的な性質を反映しています。したがって、すべての機能的能力、長所、およびニーズを3つの機能的なアウトカム領域にまとめます。情報源とは、家族や介護者との会話、日常の活動におけるお子さんの所見、評価結果、オーセンティック評価活動、外部からの報告などをいいます。

さらに、チームは、これら3つのアウトカム領域におけるお子さんの機能性が、同年代の他のお子さんとどのように比較できるか検討し、特定します。これは、お子さんの発達と日常の活動への参加を支援するのに役立ち、就学前の特別教育サービスに参加することでお子さんがどのように恩恵を受けるのかを知るのにも役立ちます。

アウトカム領域:知識とスキルの習得と活用

これは、思考、学習、推論、記憶、問題解決といった能力、お子さんたちが自分たちの世界について習得する一般的な知識（たとえば、概念、色、形、文字、数字、物語、本など）を指し、この知識を利用して日常の活動に参加することを指します。これは、早期学習、および子さんたちがどのようにして自分たちの世界について理解し、学校時代とそれ以降において成功を獲得するために必要なスキルを身に付けるのかということです。
詳細については、https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp にある 3つの大まかなアウトカムの幅 をご覧ください。

お子さんは、以下をどのように行っていますか： ● 学習への関心を示すこと ● 問題解決策を使うこと ● 目的を持って遊びをすること ● 就学前の基礎学習の内容を理解し、識字能力を持つこと ● コミュニケーションに必要な言語を身に付けること ● 尋ねられた質問と与えられた指示の内容を理解すること	

お子さんの発達は、同年代のお子さんとどのように関係していますか？ 同年代のお子さんたちとの関係性：	○ 機能しているのはずっと小さい子どものようだといえます。彼/彼女は初期のスキルを発揮しますが、この領域ですぐに必要とされる基礎的なスキルや年齢に応じて期待されるスキルはまだ発揮していません。	○ 新しいスキルやすぐに必要とされる基礎的なスキルを発揮しています。こうしたスキルは、この領域で年齢に相応しい行いをするのに役立ちます。	○ 彼/彼女の年齢に期待されるスキルをまだ使っていない。しかし、彼/彼女はこの領域で利用できる数多くの重要ですぐに必要とされる基礎的なスキルを身に付けています。	○ 年齢に応じて期待されるスキルを時として使っていますが、この領域において彼/彼女のスキルの多くはまだ年齢的に期待されていません。	○ 年齢に応じて期待されるスキルを数多く示していますが、この領域では若干年少の子どものような機能を発揮し続けています。	○ 私たちが年齢的に彼/彼女に期待するスキルを持っていますが、この領域においては懸念が伴います。	○ この領域に関して、私たちが年齢的に彼/彼女に期待するスキルを持っています。
元の評価サマリーを更新する場合にのみ回答してください。	前回の評価サマリー以降に、お子さんは知識やスキルの習得と使用に関連して新しいスキルや行動を示しましたか？					○ はい	○ いいえ

このアウトカム領域は、お子さんの教育的および/または機能的遂行能力に影響をもたらしますか？ ○ はい ○ いいえ
チームは、このアウトカム領域に関連する機能的目標の策定を検討する必要がありますか？ ○ はい ○ いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

就学前:評価サマリー

就学前特別教育サービスを受ける適格性を判断するには、各領域におけるお子さんのスキルレベルを反映したスコアを生成する標準化されたツールが必要となります。オーセンティック評価の活動では、日常のルーチンや活動におけるお子さんの機能的スキルや能力に関する情報を収集します。
機能的能力は発達の領域と重複しており、お子さんがどのように学び、成長するかという統合的な性質を反映しています。したがって、すべての機能的能力、長所、およびニーズを3つの機能的なアウトカム領域にまとめます。情報源とは、家族や介護者との会話、日常の活動におけるお子さんの所見、評価結果、オーセンティック評価活動、外部からの報告などをいいます。

さらに、チームは、これら3つのアウトカム領域におけるお子さんの機能性が、同年代の他のお子さんとどのように比較できるか検討し、特定します。これは、お子さんの発達と日常の活動への参加を支援するのに役立ち、就学前の特別教育サービスに参加することでお子さんがどのように恩恵を受けるのかを知るのにも役立ちます。

アウトカム領域:必要性に応じて適切な行動をとる

これは、子どもたちが自発的に、適切な方法で必要なものや欲しいものを手に入れることができることをいいます。これには、食べる、着替える、 おもちゃで遊ぶ、選択する、ある場所から別の場所に移動するなどの日常的な行為のほか、欲しいものを手に入れるのに苦労したり遅れたりした場合の対応方法も含まれます。また、 子どもたちが危険な状況に気づき、それに対応することもいいます。これは、究極的には独立心の芽生えに主眼を置いています。
詳細については、https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp にある 3つの大まかなアウトカムの幅 をご覧ください。

お子さんは、以下をどのように行っていますか： ● 必要性に応じてあちこち動いたり、操作をしたりすること ● より高い自立心を持って、食べたり飲んだりすること ● より高い自立心を持って、服を着たり脱いだりすること ● より高い自立心を持っておむつを付けたり/トイレに行ったりすること ● 何が必要なのかを伝えること ● 安全に意識を向けること	

お子さんの発達は、同年代のお子さんとどのように関係していますか？ 同年代のお子さんたちとの関係性：	○ 機能しているのはずっと小さい子どものようだといえます。彼/彼女は初期のスキルを発揮しますが、この領域ですぐに必要とされる基礎的なスキルや年齢に応じて期待されるスキルはまだ発揮していません。	○ 新しいスキルやすぐに必要とされる基礎的なスキルを発揮しています。こうしたスキルは、この領域で年齢に相応しい行いをするのに役立ちます。	○ 彼/彼女の年齢に期待されるスキルをまだ使っていない。しかし、彼/彼女はこの領域で利用できる数多くの重要ですぐに必要とされる基礎的なスキルを身に付けています。	○ 年齢に応じて期待されるスキルを時として使っていますが、この領域において彼/彼女のスキルの多くはまだ年齢的に期待されていません。	○ 年齢に応じて期待されるスキルを数多く示していますが、この領域では若干年少の子どものような機能を発揮し続けています。	○ 私たちが年齢的に彼/彼女に期待するスキルを持っていますが、この領域においては懸念が伴います。	○ この領域に関して、私たちが年齢的に彼/彼女に期待するスキルを持っています。
元の評価サマリーを更新する場合にのみ回答してください。	前回の評価サマリー以降に、ニーズを満たすために適切な行動をとることに関連して、お子さんは新しいスキルや行動を示しましたか？ ○ はい ○ いいえ						

このアウトカム領域は、お子さんの教育的および/または機能的遂行能力に影響をもたらしますか？ ○ はい ○ いいえ
チームは、このアウトカム領域に関連する機能的目標の策定を検討する必要がありますか? ○ はい ○ いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

学齢期 – 学業成績及び機能パフォーマンスの現在のレベル

本生徒の教育プログラムにおける保護者のインプットは？（学業、各種能力、社会性/感情面、行動、中等教育への移行など ）

本生徒の強み、関心分野、個人的特性、個人的達成はなんですか？（指向、ポストスクールアウトカムへの関心を含む。）

本生徒の障害は一般の教育カリキュラムに参加することにどのように影響していますか？

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

中等教育への移行：適切と判断された場合、14歳以下の年齢の生徒から毎年完了するものとします。

中等教育修了後の目標は、現在の学業達成度と機能的パフォーマンスにまとめられた年齢相応の移行評価を通じて特定された学生の好み、興味、スキルに基づいています。

中等教育後の目標（結果）：
中等教育後の目標はここに記入して下さい。就労および教育/トレーニングについて、それぞれ1つの目標を設定する必要があります。

就労（必須）：_____

_____

この中等教育後の就労を支える関連IEP 目標はこちらの年次IEP目標セクションから入力します。

就労に関わる中等教育への移行、責任当事者、緊急事態用IEPプランニング、進捗状況はこちらに入力します。

教育:_____

_____

この中等教育後の就労を支える関連IEP 目標はこちらの年次IEP目標セクションに入力します。

就労に関わる中等教育への移行、責任当事者、緊急事態用IEPプランニング、進捗状況はこちらに入力します。

トレーニング：_____

_____

この中等教育後の就労を支える関連IEP 目標はこちらの年次IEP目標セクションに入力します。

就労に関わる中等教育への移行、責任当事者、緊急事態用IEPプランニング、進捗状況はこちらに入力します。

自立した生活（該当する場合のみ）：_____

_____

この中等教育後の就労を支える関連IEP 目標はこちらの年次IEP目標セクションに入力します。

就労に関わる中等教育への移行、責任当事者、緊急事態用IEPプランニング、進捗状況はこちらに入力します。

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

中等教育への移行アクティビティ

移行サービス/アクティビティ：

移行サービスは生徒の学校教育から中等教育後の活動を促進する結果を出すことを目指して設計された障害を持つ生徒のアクティビティをまとめたものです。

アクティビティのタイプ： ○ 就労 ○ 学業 ○ 日常生活 ○ 自立した生活 ○ 移動

_____

_____

_____

責任当事者：_____

このアクティビティがサポートする中等教育後目標を特定します。（サービス/アクティビティは該当する中等教育後目標の下にあるIEPに入力します）：

○ 就労 ○ 教育 ○ トレーニング ○ 自立した生活

緊急時のIEP計画：

10日以上学校が閉鎖された場合にも、この移行アクティビティを実施することはできますか？

○ はい ○ いいえ いいえの場合、この中等教育後アクティビティで変更すべき点を記入してください。 _____

進捗 報告１ 日付_____	進捗： ○ 完了 ○ 一部完了 ○ 開始前 ○ 未完了（理由： ○ 家族の選択 ○ 生徒の選択 ○ 生徒のスケジュール ○ その他: _____） 就労活動 *（就労活動のみに従事）*:○ キャリア開発 ○ 無償職場体験 ○ 有給職場体験 進捗状況： _____
進捗 報告２ 日付_____	進捗： ○ 完了 ○ 一部完了 ○ 開始前 ○ 未完了（理由： ○ 家族の選択 ○ 生徒の選択 ○ 生徒のスケジュール ○ その他: _____） 就労活動 *（就労活動のみに従事）*:○ キャリア開発 ○ 無償職場体験 ○ 有給職場体験 進捗状況： _____
進捗 報告３ 日付_____	進捗： ○ 完了 ○ 一部完了 ○ 開始前 ○ 未完了（理由： ○ 家族の選択 ○ 生徒の選択 ○ 生徒のスケジュール ○ その他: _____） 就労活動 *（就労活動のみに従事）*:○ キャリア開発 ○ 無償職場体験 ○ 有給職場体験 進捗状況： _____
進捗 報告４ 日付_____	進捗： ○ 完了 ○ 一部完了 ○ 開始前 ○ 未完了（理由： ○ 家族の選択 ○ 生徒の選択 ○ 生徒のスケジュール ○ その他: _____） 就労活動 *（就労活動のみに従事）*:○ キャリア開発 ○ 無償職場体験 ○ 有給職場体験 進捗状況： _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

中等教育への移行/教科課程

教科課程：

本生徒は以下のキャリア群から選ばれたキャリアまたは中等教育後教育に向けたコースを受講します。

- ○ 先進製造業
- ○ 建設
- ○ エネルギーと天然資源
- ○ ホスピタリティ、イベント、観光
- ○ 公共サービスと安全
- ○ 農業
- ○ デジタルテクノロジー
- ○ 金融サービス
- ○ 経営と起業
- ○ サプライチェーンと輸送
- ○ 芸術、エンターテイメント、デザイン
- ○ 教育
- ○ 医療・福祉サービス
- ○ マーケティングおよび販売

判断材料議論: _____

_____

生徒が語る中等教育後の目標に沿ったコースをリストアップします： _____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

移行機関の連携

機関の連携：

学生と保護者がメリーランド州の二次移行計画のための家族ガイドの写しを受領した日付 □□·□□·□□□□ (MM·DD·YYYY)

成人サービス機関	移行サービス予定：	コミュニケーションのための同意署名：	LEAから紹介された紹介者/学生の同意署名：	機関の代表をIEPチームミーティングに招待する同意署名：	機関代表をIEPチームミーティングに招待しました：
リハビリテーションサービス課（DORS） □ 就労前移行サービス受領 □ 学生就職支援サービスを受ける	○ はい 職業リハビリテーション（VR） ○ いいえ	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	○ はい：同意日_____ 紹介日 _____ □ ETS前 □ 学生就職支援サービス ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	○ はい：日付_____ ○ いいえ ○ 該当しない：（以下の選択肢から理由をお選びください）
発達障害機関（DDA）	○ はい ○ いいえ	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	機関には紹介プロセスがありません	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	○ はい：日付_____ ○ いいえ ○ 該当しない：（以下の選択肢から理由をお選びください）
職業行動健康局（BHA）	○ はい ○ いいえ	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	機関には紹介プロセスがありません	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	○ はい：日付_____ ○ いいえ ○ 該当しない：（以下の選択肢から理由をお選びください）
労働部門 発達と成人学習 メリーランド州労働部（MDL）	○ はい ○ いいえ	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	機関には紹介プロセスがありません	○ はい：日付_____ ○ いいえ：（以下の選択肢から理由をお選びください）	○ はい：日付 _____ ○ いいえ ○ 該当なし：（以下の選択肢から理由をお選びください）
判断理由	**はい**：*障害を持つ個人のためのメリーランド州移行計画ガイド*にて発行される機関の初期資格クライテリアを生徒は満たします **いいえ**：生徒は*障害を持つ個人のためのメリーランド州移行計画ガイド*にて発行される機関の初期資格クライテリアを生徒は満たしません （理由をお選びください 機関の残りの全てのコラムの***サービスが本生徒に合っていない***）	**はい**： _____ （日付）に機関に署名されたやりとりへの同意です。 **いいえ**：（理由） 1. ***この生徒はサービスを受けません*** 2. 現在、生徒は機関サービスに関心がありません 3. 保護者/生徒はコミュニケーション/紹介フォームを提出しなかったため、紹介されませんでした 4. 保護者/生徒はコミュニケーション/紹介フォームを提出しませんでした 5. 保護者/生徒はDORSに任意照会することを選びました（**DORSのみ**） 6. **その他**： _____ （**理由を記入して下さい**）	**はい**： _____ （日付）に紹介に同意され、生徒はDORSに _____ （日付）に紹介されました **いいえ**：（理由） 1. ***この生徒はサービスを受けません*** 2. 学生はDORSを参照するのに適した年齢ではありません 3. 生徒は現在、DORSサービスに関心がありません 4. 保護者/生徒はコミュニケーション/紹介フォームを提出しなかったため、紹介されませんでした 5. 保護者/生徒はコミュニケーション/紹介フォームを提出しませんでした 6. 保護者/生徒は任意照会を選びました 7. 保護者は現時点では紹介状の提出を希望していません。 8. **その他**： _____ （**理由を記入して下さい**）	**はい**： IEPチームミーティングに機関代表を招待することへの同意が _____ （日付）に署名されました **いいえ**：（理由） 1. ***この生徒はサービスを受けません*** 2. 学生は機関代表を招待するのに適した年齢/学年ではありません（DORS、DDA、BHA、MDL） 3. 保護者/生徒が同意書を返しませんでした 4. 保護者/生徒は機関代表がミーティングに参加するのに同意しませんでした 5. その他：_____ （理由を記入して下さい）	**はい**： _____ （日付）にIEPチームのミーティングに招待され、ミーティング通知に記載された代表 いいえ：LEAは機関代表を招待しませんでした **該当なし**：（理由） 1. ***この生徒はサービスを受けません*** 2. 学生は機関代表を招待するのに適した年齢/学年ではありません（DORS、DDA、BHA、MDL） 3. 保護者/生徒が同意書を返しませんでした 4. 保護者/生徒はDORSの代表をミーティングに招待したがりませんでした（**DORSのみ**） 5. 保護者/生徒は機関代表をミーティングに招くことに同意しませんでした 6. その他：_____ （理由を記入して下さい）

追加の話し合い： _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

コミュニケーション（必要な場合）

生徒の障害はコミュニケーションに影響を及ぼしますか。◯はい◯いいえ
（はいの場合、IEPでどのようなコミュニケーションの必要性に対処するかを簡単に説明してください。）_____

_____

生徒には記号コミュニケーションの信頼できる手段（発言、手話、拡張コミュニケーションなど）を有していますか。◯ はい ◯ いいえ
（いいえの場合、効果的なコミュニケーションを達成するための提供する目標、サービスまたは他の支援を説明してください。）_____

_____

福祉用具（必要な場合）

障害を抱える生徒の機能能力を向上、維持、改善するのに必要なATデバイス及びサービスの使用をお考えください。

判断：	**ATデバイス**が必要である	**ATデバイス**が必要である
◯ 本生徒はATデバイスまたはATサービスを必要としない。	いいえ	いいえ
◯ 本生徒はATデバイスを必要としないが、ATサービスを必要とする。	いいえ	はい トライアルを含むさらなるデータ収集が必要
◯ 本生徒はATデバイスおよびATサービスを必要とする。	はい	はい サービスは必要とされているデバイスを検証したり、トライアルを含むさらなるデータ収集を必要としたりすることがあります
◯ 本生徒はATデバイスを必要とするが、ATサービスは必要としない。	はい	いいえ

デバイスの説明を含むATデバイスの判断材料文書：_____

_____

トライアル実施を含むATサービスの判断材料文書：_____

_____

盲目または視覚障害を抱える生徒のサービス

本生徒は盲目または視覚障害を抱えていますか？ ◯はい◯いいえ
生徒が盲目または視覚障害を抱える場合、点字での指導を提供し、点字指導の生徒の読み書きメディアが生徒に適していないとIEPチームが判断するまで点字を使用してください。
点字評価日：□□·□□·□□□□ （月・日・年）
点字指導は適切ですか？ ◯はい◯いいえ

生徒が盲目または視覚障害を抱える場合、生徒の現在及び今後の移動ニーズを評価し、O&Mが生徒に不適格だとIEPチームに判断されない限り、オリエンテーションアンドモビリティ（O&M）のインストラクションを提供してください。

O&M評価日：□□·□□·□□□□ （月・日・年）
O&Mインストラクションは適切ですか？ ◯はい◯いいえ

判断材料文書：_____

_____

_____

_____

盲目の学生のためのメリーランド州学校に関する情報を保護者に提供しましたか？ ◯ はい ◯ いいえ

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

ろう生徒または聴覚障害を抱える生徒へのサービス

ろう生徒または聴覚障害を抱える生徒ですか？ ○はい ○いいえ
ろう生徒または聴覚障害を抱える生徒である場合、言語とコミュニケーションニーズ、直接のコミュニケーション機会、学業レベル、生徒の言語及びコミュニケーション方法における直接的な指示を含むニーズ全般を考慮してください。

判断材料文書：_____

_____

ろう者のためのメリーランド州学校に関する情報を保護者に提供しましたか？ ○はい○いいえ

行動介入

生徒の行動が生徒自身または他の生徒の学習を妨げる場合、ポジティブな行動介入や支援、そのほかの戦略でその行動に対応することを考えてください。

○ 機能的行動評価（FBA） 評価日： □□·□□·□□□□

○ 行動介入計画（BIP） 現行BIPの日付: □□·□□·□□□□

拘束

IEP チームは、生徒の病歴、過去のトラウマ、医療/精神の専門家との適宜な診察で必要された身体拘束を行うにあたり、何らかの禁忌があるか否かについて、入手可能なデータを検討しましたか？_____

_____

緊急時において身体拘束が行われる場合を除き、生徒の行動に対処するために使用する非侵入的、非物理的介入でそれらの度合が低いものを挙げてください。 _____

_____

学校を拠点とするIEP チームは、生徒のIEP またはBIPの一環としての身体拘束を含めることを推奨していますか？ ○ はい ○ いいえ

保護者は、生徒のIEPまたはBIPの一環としての身体拘束に同意していますか？

○ はい - 文書での同意日: □□·□□·□□□□ ○ いいえ - 文書での拒否日: □□·□□·□□□□

○ IEPチームとのミーティングから15営業日以内に返信なし

隔離 - 公的機関は、生徒の行動健康介入としての隔離は原則行いません。（2022 HB1255/SB0705）。

IEP チームは、生徒のIEPまたはBIPの一環として隔離を検討していますか？ ○ はい ○ いいえ

IEP チームは、生徒の病歴、過去のトラウマ、医療/精神の専門家との適宜な診察で必要された隔離を 行うにあたり、何らかの禁忌があるか否かについて、入手可能なデータを検討しましたか？_____

_____

緊急時において隔離が行われれる場合を除き、生徒の行動に対処するために使用する非侵入的、非物理的介入でそれらの度合が低いものを挙げてください。_____

_____

学校を拠点とするIEP チームは、生徒のIEP またはBIPの一環としての隔離を含めることを推奨していますか？ ○ はい ○ いいえ

保護者は、生徒のIEP またはBIPの一環としての隔離に同意していますか？

○ はい - 文書での同意日： □□·□□·□□□□ ○ いいえ - 文書での拒否日：□□·□□·□□□□

○ IEPチームとのミーティングから15営業日以内に返信なし

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

多言語学習者のためのサービス

学生が多言語学習者である場合、学生のIEPに関連する言語ニーズを考慮してください。

判断材料文書：_____

_____

_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

指導および評価アクセシビリティ機能

アクセシビリティ機能 *IEPチームはまず、生徒が日常的な授業や教室での評価において日常的に使用するアクセシビリティ機能を特定し、次にMAAAMのガイダンスに基づいて、州および学区の評価要件を遵守しつつ公平なアクセスを確保するために、州および学区の評価において許容され、必要かつ適切なサポートを決定する必要があります。*	指導	MCAP（数学、科学、社会）	MCAP（ELA）	ライフサイエンス（LS） MISA	政治学	Alt-MISA（DLM）	ELAおよび数学DLM	ELLのACCESS	ELLのKindergarten ACCESS	ELLのAlt-ACCESS	NAEP
1a:アンサーマスキング	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	はい
1b:音声増幅器	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1c:ブックマーク（ レビュー対象 項目 にフラグを立てる）	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	N/A	N/A	N/A	はい
1d:カラーコントラスト（背景/フォントカラー）	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1e:メモ用紙	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1f: 回答選択肢の削減	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	はい
1g:一般的な指示の明確化	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1h:一般的な指示を声に出して読み、必要に応じて繰り返す	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1i:ハイライトツール	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	はい
1j:ヘッドフォンまたはノイズバッファー	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1k:ラインリーダーマスクツール	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	はい
1l:拡大装置	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1m:NotePad	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	いいえ
1n:用語集のポップアップ	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	N/A	N/A	N/A	いいえ
1o:学生への再問いかけ	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ
1p:スペルチェックまたは外部スペルチェックデバイス	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
1q:学生が自分で声に出してコンテンツを読み上げる	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ
1r:数学、科学、社会の評価のためのテキスト読み上げ機能 （英語のみ）	はい	はい	いいえ	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	いいえ
1s:数学、科学、社会の評価のための音訳者または手話者（音訳者は英語とスペイン語で利用可能）	はい	はい	いいえ	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	いいえ
1t:ライティングツール	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ
1u:グラフィックオーガナイザー	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
1v:オーディオマテリアル	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
1w:スペイン語版 コンピュータベースの評価	はい	はい	いいえ	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
1x:ブルートゥース補聴器	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
1y:医療用電子機器	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい

これは現在のテストプログラムでの許容機能やアコモデーションを反映します。 最新情報はテスト管理者のマニュアルをご確認ください。

判断材料
文書：_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

指導および評価アクセシビリティ機能

すべての学生に対する管理上の考慮事項 *IEPチームはまず、生徒が日常的な指導や教室での評価において日常的に使用する管理上の考慮事項を特定し、次にMAAAMのガイダンスに基づいて、州および学区の評価要件を遵守しつつ公平なアクセスを確保するために、どの支援が州および学区の評価において許容され、必要かつ適切であるかを判断する必要があります。*	指導	MCAP（数学、科学、社会）	MCAP（ELA）	ライフサイエンス（LS）MISA	政治学	Alt-MISA（DLM）	ELAおよび数学DLM	ELLのACCESS	ELLのKindergarten ACCESS	ELLのAlt-ACCESS	NAEP
2a:小グループ	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2b:時間	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2c:別または代替箇所	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2d:特定の分野や状況	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2e:順応性のあるまたは特別な機器や用具	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2f:頻繁な休憩	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2g:自分への気を散らすものを減らす	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2h:他人への気を散らすものを減らす	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
2k:ユニークな行政上の配慮	はい	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

これは現在のテストプログラムでの許容機能やアコモデーションを反映します。 最新情報はテスト管理者のマニュアルをご確認ください。

* 独自のアコモデーションリクエストをMSDEに送信します。

判断材料文書：

_____

_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

指導およびアセスメントアコモデーション

障害を持つ学生のためのプレゼンテーションの配慮 *IEPチームはまず、生徒が日常的な授業や教室での評価において通常使用するプレゼンテーション上の配慮を特定し、次にMAAAMのガイダンスに基づいて、州および学区の評価要件を遵守しつつ公平なアクセスを確保するために、どの支援が州および学区の評価において許容され、必要かつ適切であるかを判断する必要があります。*	指導	MCAP（数学、科学、社会）	MCAP（ELA）	ライフサイエンス（LS） MISA	政治学	Alt-MISA（DLM）	ELAおよび数学DLM	ELLのACCESS	ELLのKindergarten ACCESS	ELLのAlt-ACCESS	NAEP
3a:プレゼンテーション支援技術（スクリーンリーダー以外）	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
3b:スクリーンリーダーバージョン	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	N/A	N/A	N/A	はい
3c:更新可能な点字ディスプレイ	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	はい
3d:ハードコピー点字版	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
3e:触地図	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	いいえ
3f:拡大版 （英語またはスペイン語で利用可能）	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	いいえ
3g:紙ベース版（ペーパーテスト）（英語とスペイン語で利用可能）	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ
3h:マルチメディアパッセージのクローズドキャプション	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	いいえ
3i:ELA/リテラシー評価のためのテキスト読み上げ	はい	N/A	はい	N/A	N/A	N/A	はい	はい	はい	はい	いいえ
3j:ELA 向けASLビデオ	はい	N/A	はい	N/A	N/A	いいえ	いいえ	N/A	N/A	N/A	いいえ
3k:ELAの音訳者/手話者	はい	N/A	はい	N/A	N/A	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
3l:数学、科学、社会のためのアメリカ手話（ASL） ビデオ	はい	はい	N/A	はい	はい	いいえ	いいえ	N/A	N/A	N/A	いいえ
3m:テスト指示の手話者	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
3n:オーディオの手動制御	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	N/A	N/A	はい
3o:アイテムの音声を繰り返す	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	N/A	N/A	はい
3p：ノートとアウトライン	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	いいえ
3q:ユニークプレゼンテーションアコモデーション	はい	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

これは現在のテストプログラムでの許容機能やアコモデーションを反映します。 最新情報はテスト管理者のマニュアルをご確認ください。

* 独自のアコモデーションリクエストをMSDEに送信します。
3i、 3j、 3k添付Dを記入して下さい。

判断材料文書：

_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

指導およびアセスメントアコモデーション

レスポンスアコモデーション *IEPチームはまず、生徒が日常的な授業や教室での評価において通常使用する対応方法を特定し、次にMAAAMのガイダンスに基づいて、州および学区の評価要件を遵守しつつ公平なアクセスを確保するために、州および学区の評価において許容され、必要かつ適切な支援を決定する必要があります。*	指導	MCAP（数学、科学、社会）	MCAP（ELA）	ライフサイエンス（LS）MISA	政治学	Alt-MISA（DLM）	ELAおよび数学DLM	ELLのACCESS	ELLのKindergarten ACCESS	ELLのAlt-ACCESS	NAEP
4a:福祉用具	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
4b:点字ノートテイカー	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
4c:点字ライター	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
4d:数学ツール/電卓の特殊計算装置　数学および理科の評価テストのセクション	はい	はい	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	N/A	N/A	N/A	はい
4e:数学評価における非電卓使用セクションにおける数学ツール／電卓の使用について	はい	はい	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	N/A	N/A	N/A	はい
4f:音声テキスト化（ディクテーション）	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	N/A	N/A	N/A	いいえ
4g:人間の筆記者の応答	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	いいえ
4h:手話者の応答	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
4i:モニターテストの応答	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ
4j:単語予測 – 外部デバイス	はい	はい	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
4k:テストブックに記録される回答（紙の試験を受ける学生向け）	はい	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	はい	はい	はい	いいえ
4l:記録デバイス	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
4m:パートナーアシストスキャン	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	いいえ
4n:ユニークレスポンスアコモデーション	はい	*	*	*	*	*	*	*	*	*	いいえ

これは現在のテストプログラムでの許容機能やアコモデーションを反映します。 最新情報はテスト管理者のマニュアルをご確認ください。

* 独自のアコモデーションリクエストをMSDEに送信します。

判断材料文書：

_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

指導およびアセスメントアコモデーション

タイミングおよびスケジュールの調整 *IEPチームはまず、生徒が日常的な授業や教室での評価において通常使用する時間的な配慮を特定し、次にMAAAMのガイダンスに基づいて、州および学区の評価要件を遵守しつつ公平なアクセスを確保するために、州および学区の評価において許容され、必要かつ適切な支援を決定する必要があります。*	指導	MCAP（数学、科学、社会）	MCAP（ELA）	ライフサイエンス（LS）MISA	政治学	Alt-MISA（DLM）	ELAおよび数学DLM	ELLのACCESS	ELLのKindergarten ACCESS	ELLのAlt-ACCESS	NAEP
5a:延長期間 ○ 1.5x ○ 2x ○ その他： _____	はい	はい	はい	はい	はい	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	はい
5b:ユニークなタイミングおよびスケジュールの調整	はい	*	*	*	*	*	*	*	*	*	いいえ

これは現在のテストプログラムでの許容機能やアコモデーションを反映します。 最新情報はテスト管理者のマニュアルをご確認ください。

* 独自のアコモデーションリクエストをMSDEに送信します。

判断材料文書：

_____

_____

緊急状態のIEP計画：

学校が10日以上閉鎖している場合、緊急事態に書面における指示および評価アコモデーションを導入することができますか？

○ はい ○ いいえ いいえの場合、既存の指示や評価アコモデーションに必要な変更を記入して下さい：

_____

_____

_____

○ 指示やテストアコモデーションは考慮されたものの、現時点で指示やテストアコモデーションは必要ありません。

判断の判断材料文書： _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

補助教材、サービス、プログラム修正及び支援

◯ 指示支援

サービス内容	頻度	開始日	終了日	提供者 ◯ = プライマリー、 ◯ = その他
◯ 指示や宿題中にハイライトの使用を許可 ◯ 操作使用許可 ◯ 組織支援使用許可 ◯ 理解をチェック ◯ 頻繁およびまたは直後のフィードバック ◯ 生徒に情報を繰り返し及びまたは言い直しさせる ◯ 板書量の限界 ◯ 一人でできる作業観察 ◯ 質問や指示の言い換え ◯ ピアチューター/ペアワーク ◯ 予定の可視化 ◯ 教科書/マテリアルをセットで配布 ◯ 見直しチェックリストを配布 ◯ 生徒/教師ノートのコピーを配布する ◯ 指示を繰り返す ◯ 語彙力強化とライティングが求められる場合にはワードバンクを使用 ◯ その他：_____ ◯ 生徒が代替方法で学習できるようにする ◯ 組織から支援提供する	予測頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 定期的に ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごとに ◯ その他 _____	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関 _____ Ⓟ ◯ 特別教育教師 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 看護師 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業セラピーアシスタント Ⓟ ◯ 理学療法アシスタント Ⓟ ◯ 言語アシスタント Ⓟ ◯ セラピスト行動支援

場所と方法を明記して下さい： _____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

補助教材、サービス、プログラム修正及び支援

◯ プログラム修正

サービス内容	頻度	開始日	終了日	提供者 ◯ = プライマリー、◯ = その他
◯ 変更/修正アサインメント ◯ 作業を小分けにする ◯ 文章を分ける ◯ 作業や評価時の余分な情報を可能であれば削除する ◯ 読む量を減らす ◯ 修正コンテンツ ◯ 修正評価システム ◯ オープンブックテスト ◯ 口頭試験 ◯ 選択肢を減らす ◯ テスト時間を減らす ◯ 可能な場合「ー以外」、「ではない」の質問を無くす ◯ テスト形式を変える（例：質問数や空欄を埋める問題を減らす） ◯ 可能な限り長い段落を分割する ◯ 宿題や評価の構造や語彙や図を簡素化する ◯ 可能な場合読みを助けるために図を使用する ◯ その他：_____	予測頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 定期的に ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごとに ◯ その他 _____	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション＆モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア＆テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関 _____ Ⓟ ◯ 特別教育教師 Ⓟ ◯ その他サービス提供者 _____ Ⓟ ◯ 看護師 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業セラピーアシスタント Ⓟ ◯ 理学療法アシスタント Ⓟ ◯ 言語アシスタント Ⓟ ◯ セラピスト行動支援

場所と方法を明記して下さい：_____
_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

補助教材、サービス、プログラム修正及び支援

◯ 社会/行動支援

サービス内容	頻度	開始日	終了日	提供者 ◯ = プライマリー、 ◯ = その他
◯ 成人支援 ◯ 計画変更への事前準備 ◯ アンガーマネジメントトレーニング ◯ 理解をチェック ◯ クライシス介入 ◯ 必要な場合に生徒が助けを求められるようにする ◯ 以下を推奨/補強学業または非学業環境下における適切な行動 ◯ 頻繁なアイコンタクト/近接距離 ◯ ルールを何度も教える ◯ ホームスクールコミュニケーションシステム ◯ 行動コンタクトの実施 ◯ アジェンダブックや進捗報告の使用をモニターする ◯ 活動や動く機械の変更点を頻繁に教える ◯ 操作及びまたは感覚活動を行い聞く力と集中力を鍛える ◯ マテリアルの組織に構造化された時間を提供 ◯ ポジティブな行動を非言語コミュニケーションを通して補強する ◯ ソーシャルスキルトレーニング ◯ 注意を開始し維持する戦略 ◯ ポジティブかつ具体的な強化を使用 ◯ その他： _____	予測頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 定期的に ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごとに ◯ その他 _____	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関 _____ Ⓟ ◯ 特別教育教師 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 看護師 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業セラピーアシスタント Ⓟ ◯ 理学療法アシスタント Ⓟ ◯ 言語アシスタント Ⓟ ◯ セラピスト行動支援

場所と方法を明記して下さい： _____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

補助教材、サービス、プログラム修正及び支援

◯ 物理的/環境支援

サービス内容	頻度	開始日	終了日	プロバイダー ◯ = プライマリー、◯ = その他
◯ エレベーターへのアクセス ◯ 適合装置 ◯ 適合食事装置 ◯ 感覚インプットの調整（例：照明、音響） ◯ 教室移動時間を増やす ◯ 環境支援（例：教室内音響、室温、換気） ◯ 優先ロッカー場所 ◯ 優先座席 ◯ 筆記タスクを減らす ◯ 感覚栄養 ◯ 予定の可視化 ◯ その他：_____	予測頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 定期的に ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごとに ◯ その他 _____	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション＆モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア＆テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関 _____ Ⓟ ◯ 特別教育教師 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 看護師 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業 セラピーアシスタント Ⓟ ◯ 理学療法 アシスタント Ⓟ ◯ 言語 アシスタント Ⓟ ◯ セラピスト 行動支援

場所と方法を明記して下さい：_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

補助教材、サービス、プログラム修正及び支援

○ 学校職員/保護者支援

サービス内容	頻度	開始日	終了日	プロバイダー Ⓟ = プライマリー、○ = その他
○ AT相談 ○ 聴覚訓練士相談 ○ 教室内指導 相談 ○ クライシス防止と介入のための支援サービス調整 ○ カリキュラム外/非学習提供者の支援 ○ ヒアリング相談 ○ オリエンテーション及び動きの相談 ○ 保護者カウンセリングとトレーニング ○ 体育相談 ○ 理学療法士相談 ○ 心理士相談 ○ スクールヘルス相談 ○ ソーシャルワーカー相談 ○ 言語療法士相談 ○ スタッフトレーニング ○ 移動トレーニング ○ その他：_____	予測頻度 ○ 日々 ○ 週 ○ 月 ○ 年 ○ 一度のみ ○ 定期的に ○ 四半期ごとに ○ 半年ごとに ○ その他 _____	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ○ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ○ 聴覚訓練士 Ⓟ ○ 言語療法士 Ⓟ ○ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ○ 視覚障害の教師 Ⓟ ○ 作業療法士 Ⓟ ○ 生徒人員ワーカー Ⓟ ○ 体育教師 Ⓟ ○ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ○ 一般教育教師 Ⓟ ○ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ○ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ○ 行動健康局（BHA） Ⓟ ○ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ○ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ○ その他機関 _____ Ⓟ ○ 特別教育教師 Ⓟ ○ その他サービス提供者_____ Ⓟ ○ 看護師 Ⓟ ○心理士 Ⓟ ○IEPチーム Ⓟ ○通訳者 Ⓟ ○指示アシスタント Ⓟ ○理学療法士 Ⓟ ○ホームベース教師 Ⓟ ○スクールカウンセラー Ⓟ ○スクールソーシャルワーカー Ⓟ ○レクリエーション療法士 Ⓟ ○職業 セラピーアシスタント Ⓟ ○理学療法アシスタント Ⓟ ○言語 アシスタント Ⓟ ○ セラピスト 行動支援

トレーニング/コンサルティングによりIEP支援分野を特定します：

☐ ゴールと目標（エビデンスベース介入と戦略）
☐ アコモデーション
☐ 補助支援、サービス、プログラム修正と支援
☐ 特別教育/関連サービス

トピック、参加者、場所、方法を明記して下さい：_____

_____

判断材料文書：_____

_____

緊急時のIEP計画：

補助支援、サービス、プログラム修正、支援を文書通り学校が10日以上閉鎖した緊急時にも実施できますか？

○ はい ○ いいえ いいえの場合、既存の補助支援、サービス、プログラム修正、支援に必要な変更点を記入して下さい：_____

_____

補助支援、サービス、プログラム修正、支援が考慮されたが、当時は必要ありませんでした。○ はい ○ いいえ

判断材料文書：_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

学年延長（ESY）

IEPチームは、学生がESYサービスを受けない場合、以下のいずれかの要素が通常学年内に教育プログラムから何らかの恩恵を受ける能力を著しく危険にさらすかどうか判断して下さい。ESYサービスは個別化された特定特別教育の延長であり、IEPに基づき保護者の負担なしに公的機関の通常学年を超えて提供される関連サービスです。

○ ESY判断延期

ESYを考慮した際、はいかいいえでお答えいただき、その理由も記録して下さい：

1. _____

本生徒のIEPには重要な社会的スキルに関連する年間目標が含まれていますか？ ○ はい ○ いいえ

判断材料議論：_____

_____

1a. 通常の学校休暇中に重要なライフスキルの相当な退行し、そのスキルが一定期間内に回復しない 可能性がありますか？ ○ はい ○ いいえ

判断材料議論：_____

_____

1b. 本生徒は重要なライフスキルに関するIEP目標に向かって進歩していますか？ ○ はい ○ いいえ

判断材料議論：_____

_____

2. スキルの獲得が見えたり、ブレークスルーの可能性はありますか？ ○ はい ○ いいえ

判断材料議論：_____

_____

3. _____

妨害行動がありますか？ ○はい○いいえ

判断材料議論：_____

_____

4. _____

障害の種類や重度によりESYが正当化されますか？ ○はい○いいえ

判断材料議論：_____

_____

5. _____

ESYを必要とする特別カリキュラムがありますか？ ○はい○いいえ

判断材料議論：_____

_____

上記全ての質問を考慮した上で、通常学校期間中に本生徒が教育プログラムを通じて受け取るメリットはESYがない場合にその効果が脅かされますか？

○ はい、生徒はESYサービスに相当します。 ○ いいえ、生徒はESYサービスに相当しません。 ESY決定日：_____

判断材料文書：_____

_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

目標 _____

この目標は、中等教育後の目標を支えるものですか？
「はい」の場合、それを挙げてください：☐ 就労 ☐ 教育 ☐ トレーニング ☐ 自立した生活

目標（条件、行動、タイムフレーム、測定方法、クライテリアを含む）：_____

タイムフレーム：☐☐·☐☐·☐☐☐☐（月・日・年）まで

測定方法（該当するもの全てをお選び下さい）： ☐ 情報手続き – （使用ツール/メソッド）_____ ☐ クラスルームベース評価 – （使用ツール/メソッド）_____

☐ 観察記録 ☐標準アセスメント – （使用ツール/メソッド）_____ ☐ポートフォリオアセスメント ☐その他_____

クライテリア（習得）：_____ ☐ % の正確性 ☐ % 減少 ☐ ____ トライアル中____ ☐ % 増加 ☐ その他_____

クライテリア（保持）：以下の形式で記入してください・ ☐ ____ トライアル中 ____ ☐ ____ 課題中 ____ ☐ ____ 観察中 ____ ☐ ____ 機会中 ____ ☐ ____ 件中 ____ ☐ その他_____

ESY目標？ ○はい ○いいえ これはギャップを縮めるという目標ですか？ ○はい ○いいえ

緊急時のIEP計画： この目標を学校が10日以上閉鎖する緊急事態においても書面にて記載されるように実施できますか？

○ はい ○ いいえ いいえの場合は、目標で変更すべき点を記入してください：_____

目的１（条件、行動、タイムフレーム、測定方法および クライテリアを含む）：_____

目的２（条件、行動、タイムフレーム、測定方法および クライテリアを含む）：_____

目的３（条件、行動、タイムフレーム、測定方法および クライテリアを含む）：_____

目的４（条件、行動、タイムフレーム、測定方法および クライテリアを含む）：_____

進捗方向性目標	
進捗報告１ 日付 _____	プログレスコード： ○ 達成 ○ 目標達成のため十分に成長している ○ 新しく導入されたスキル；現時点で測定不可能 ○ 目標達成に成長度合いは不十分である ○ 導入されていない （IEPチームは不十分であった成長を満たすために対応する必要があります） 進捗詳細：_____
進捗報告２ 日付 _____	プログレスコード： ○ 達成 ○ 目標達成のため十分に成長している ○ 新しく導入されたスキル；現時点で測定不可能 ○ 目標達成に成長度合いは不十分である ○ まだ導入されていない （IEPチームは不十分であった成長を満たすために対応する必要があります） 進捗詳細：_____
進捗報告３ 日付 _____	プログレスコード： ○ 達 ○ 目標達成のため十分に成長している ○ 新しく導入されたスキル；現時点で測定不可能 ○ 目標達成に成長度合いは不十分である ○ まだ導入されていない （IEPチームは不十分であった成長を満たすために対応する必要があります） 進捗詳細：_____
進捗報告４ 日付 _____	プログレスコード： ○ 達成 ○ 目標達成のため十分に成長している ○ 新しく導入されたスキル；現時点で測定不可能 ○ 目標達成に成長度合いは不十分である ○ まだ導入されていない （IEPチームは不十分であった成長を満たすために対応する必要があります） 進捗詳細：_____

学生のIEP目標に向けた進捗をどのように保護者に通知しますか？_____

どの頻度でしますか？ ☐毎週 ☐隔週 ☐毎月 ☐臨時 ☐四半期ごと ☐評価時期後 ☐その他_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

サービス

○ 特別教育サービス

サービス概要	場所	サービス詳細			開始日	終了日	プロバイダー Ⓟ = プライマリー、○ = その他	サービス概要
○ 教室での指示（教室での指示セッション数は任意です） ○ 体育 ○ 言語療法 ○ 移動訓練	○ 一般教育 ○屋外 一般教育	セッション数 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○その他 ____	時間 ____時間 ____分	頻度 ○ 日々 ○ 週 ○ 月 ○ 年 ○ 一度のみ ○ 四半期ごとに ○ 半年ごと	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ○ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ○ 聴覚訓練士 Ⓟ ○ 言語療法士 Ⓟ ○ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ○ 視覚障害の教師 Ⓟ ○ 作業療法士 Ⓟ ○ 生徒人員ワーカー Ⓟ ○ 体育教師 Ⓟ ○ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ○ 一般教育教師 Ⓟ ○ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ○ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ○ 行動健康局（BHA） Ⓟ ○ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ○ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ○ その他機関 _____ Ⓟ ○ 特別教育教師 Ⓟ ○ その他サービス提供者_____ Ⓟ ○ 心理士 Ⓟ ○ IEPチーム Ⓟ ○ 通訳者 Ⓟ ○ 指示アシスタント Ⓟ ○ 理学療法士 Ⓟ ○ ホームベース教師 Ⓟ ○ スクールカウンセラー Ⓟ ○ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ○ レクリエーション療法士 Ⓟ ○ 作業療法セラピーアシスタント Ⓟ ○ 理学療法アシスタント Ⓟ ○ 言語アシスタント Ⓟ ○ 認定臨床専門カウンセラー Ⓟ ○ セラピスト行動支援	合計サービス時間： ○毎週 ○毎月 ○毎年 ____時間 ____分

ESYサービス概要	ESY場所	ESYサービス詳細			ESY開始日	ESY終了日	ESYプロバイダー Ⓟ = プライマリー、○ = その他	サービス概要
○ 教室での指示（教室内の指示セッション数は任意です） ○ 体育 ○ 言語療法 ○ 移動訓練	○ 一般教育 ○ 屋外 一般教育	セッション数 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○その他 ____	時間 ____時間 ____分	頻度 ○ 日々 ○ 週 ○ 月 ○ 年 ○ 一度のみ ○ 四半期ごとに ○ 半年ごと	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ○ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト_____ Ⓟ ○ 聴覚訓練士 Ⓟ ○ 言語療法士 Ⓟ ○ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ○ 視覚障害の教師 Ⓟ ○ 作業療法士 Ⓟ ○ 生徒人員ワーカー Ⓟ ○ 体育教師 Ⓟ ○ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ○ 一般教育教師 Ⓟ ○ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ○ 社会サービス局（DSS） Ⓟ ○ 作業療法 Ⓟ ○ 行動健康局（BHA） Ⓟ ○ 発達教育機関（DDA） Ⓟ ○ 理学療法 Ⓟ ○ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ○ その他機関_____ Ⓟ ○ 言語 Ⓟ ○ 特別教育教員 Ⓟ ○ その他サービス提供者_____ Ⓟ ○ 心理士 Ⓟ ○ IEPチーム Ⓟ ○ 通訳者 Ⓟ ○ 指示アシスタント Ⓟ ○ 理学療法士 Ⓟ ○ ホームベース教師 Ⓟ ○ スクールカウンセラー Ⓟ ○ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ○ レクリエーション療法士 Ⓟ ○ 作業療法セラピーアシスタント Ⓟ ○ 理学療法アシスタント Ⓟ ○ 言語アシスタント Ⓟ ○ 認定臨床専門カウンセラー Ⓟ ○ セラピスト 行動支援	合計サービス時間： ○毎週 ○毎月 ○毎年 ____時間 ____分

サービス提供の話し合い：

緊急状態のIEP計画： 本サービス/ESYサービスを緊急事に学校が10日以上閉鎖した場合にも実施できますか？
○はい ○ いいえ いいえの場合は、サービス/ESYサービスで変更すべき点を記入して下さい： _____
_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

サービス

◯ 関連サービス

サービス概要	場所	サービス詳細			開始日	終了日	プロバイダー Ⓟ = プライマリー、◯ = その他	サービス概要
◯ 聴覚支援サービス ◯ 心理サービス ◯ 作業療法 ◯ 理学療法 ◯ レクリエーション ◯ 初期発見&評価 ◯ カウンセリングサービス ◯ 学校保健サービス ◯ ソーシャルワークサービス ◯ 保護者カウンセリング&トレーニング ◯ リハビリテーションカウンセリング ◯ オリエンテーション&運動トレーニングサービス ◯ メディカルサービス（診断&評価） ◯ その他セラピー_____ ◯ 通訳サービス ◯ 言語療法 ◯ 看護サービス	◯ 一般教育 ◯ 屋外一般教育	セッション数 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ その他 ___	時間 ____時間 ____分	頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごと	月・日 年	月・日 年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関_____ Ⓟ ◯ 特別教育教員 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 看護師 Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業セラピーアシスタント Ⓟ ◯ 理学療法アシスタント Ⓟ ◯ 言語アシスタント Ⓟ ◯ セラピスト 行動支援 Ⓟ ◯ 認定臨床専門カウンセラー	合計サービス時間： ◯毎週 ◯毎月 ◯毎年 ____時間 ____分
◯ 移動								

ESYサービス概要	ESY場所	ESYサービス詳細			ESY開始日	ESY終了日	ESYプロバイダー Ⓟ = プライマリー、◯ = その他	サービス概要
◯ 聴覚支援サービス ◯ 心理サービス ◯ 作業療法 ◯ 理学療法 ◯ レクリエーション ◯ 初期発見&評価 ◯ カウンセリングサービス ◯ 学校保健サービス ◯ ソーシャルワークサービス ◯ 保護者カウンセリング&トレーニング ◯ リハビリテーションカウンセリング ◯ オリエンテーション&運動トレーニングサービス ◯ メディカルサービス（診断&評価） ◯ その他セラピー_____ ◯ 通訳サービス ◯ 言語療法 ◯ 看護サービス	◯ 一般教育 ◯ 屋外一般教育	セッション数 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯その他 ___	時間 ____時間 ____分	頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごと 期間 _____週間	月・日 年	月・日 年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達障害機関（DDA） Ⓟ ◯ 理学療法 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関_____ Ⓟ ◯ 言語 Ⓟ ◯ 特別教育教員 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 看護 Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ 学校カウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業 Ⓟ ◯ セラピーアシスタント Ⓟ ◯ アシスタント Ⓟ ◯ アシスタント Ⓟ ◯ 認定臨床専門カウンセラー Ⓟ ◯ セラピスト 行動支援	合計サービス時間： ◯毎週 ◯毎月 ◯毎年 ____時間 ____分
◯ 移動								

移動サービスの説明を含むサービス提供に関する話し合い：

緊急状態のIEP計画： 本サービス/ESYサービスを緊急事に学校が10日以上閉鎖した場合にも実施できますか？

◯ YES ◯ NO If no, describe the changes needed to this service/ESY service: _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

サービス

◯ キャリアと技術教育サービス

サービス概要	場所	サービス詳細			開始日	終了日	提供者 ◯ = プライマリー、 ◯ = その他	サービス概要
◯ キャリアと技術 支援サービス教育プログラム ◯ 就労評価 ◯ 特別教育 プログラムと 就労まえ目標	◯ 一般 教育 ◯ 屋外 一般 教育	セッション数 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ その他 ____	時間 ____時間 ____分	頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごと	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達教育機関（DDA） Ⓟ ◯ 理学療法 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関_____ Ⓟ ◯ 言語 Ⓟ ◯ 特別教育教員 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 職業 Ⓟ ◯ セラピーアシスタ Ⓟ ◯ アシスタント Ⓟ ◯ アシスタント Ⓟ ◯ 認定臨床専門カウンセラー Ⓟ ◯ セラピスト行動支援	合計 サービス 時間： ◯ 毎週 ◯ 毎月 ◯ 毎年 ____時間 ____分

ESYサービス概要	ESY場所	ESYサービス詳細			ESY開始日	ESY終了日	ESYプロバイダー ◯ = プライマリー、 ◯ = その他	サービス概要
◯ キャリアと技術 支援サービス教育プログラム ◯ 就労評価 ◯ 特別教育 プログラムと 就労前目標	◯ 一般 教育 ◯屋外 一般 教育	セッション数 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯その他 ____	時間 ____時間 ____分	頻度 ◯ 日々 ◯ 週 ◯ 月 ◯ 年 ◯ 一度のみ ◯ 四半期ごとに ◯ 半年ごと	月・日・年	月・日・年 期間 _____週間	Ⓟ ◯ オリエンテーション&モビリティスペシャリスト Ⓟ ◯ 言語療法士 Ⓟ ◯ ろうまたは難聴の教師 Ⓟ ◯ 視覚障害の教師 Ⓟ ◯ 作業療法士 Ⓟ ◯ 生徒人員ワーカー Ⓟ ◯ 体育教師 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービススタッフ Ⓟ ◯ 一般教育教師 Ⓟ ◯ キャリア&テクノロジー教師 Ⓟ ◯ ソーシャルサービス課（DSS） Ⓟ ◯ 行動健康局（BHA） Ⓟ ◯ 発達教育機関（DDA） Ⓟ ◯ 理学療法 Ⓟ ◯ リハビリテーションサービス局（DORS） Ⓟ ◯ その他機関_____ Ⓟ ◯ 言語 Ⓟ ◯ 特別教育教師 Ⓟ ◯ その他サービス提供者_____ Ⓟ ◯ 聴覚訓練士 Ⓟ ◯ 心理士 Ⓟ ◯ IEPチーム Ⓟ ◯ 通訳者 Ⓟ ◯ 指示アシスタント Ⓟ ◯ 理学療法士 Ⓟ ◯ ホームベース教師 Ⓟ ◯ スクールカウンセラー Ⓟ ◯ スクールソーシャルワーカー Ⓟ ◯ レクリエーション療法士 Ⓟ ◯ 作業療法 Ⓟ ◯ セラピーアシスタント Ⓟ ◯ アシスタント Ⓟ ◯ アシスタント Ⓟ ◯ 認定臨床専門カウンセラー Ⓟ ◯ セラピスト 行動支援	合計 サービス 時間： ◯毎週 ◯毎月 ◯毎年 ____時間 ____分

サービス提供の話し合い：

緊急状態のIEP計画： 本サービス/ESYサービスを緊急事に学校が10日以上閉鎖した場合にも実施できますか？

◯ はい ◯ いいえ いいえの場合、サービス/ESYに必要な変更点を記入して下さい： _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

最も制約の少ない環境（LRE）判断&プレースメント概要

障害のある生徒が、一般的なカリキュラムに必要な修正を加えるという理由だけで、年齢相応の指導環境における一般教育から外されることはありません。
各公的機関以下を引き受ける必要があります：
(i)公立または私立の施設やその他のケア施設にいる子どもを含め、障害のある子どもは、適切な最大限の範囲において、障害のない子どもと一緒に教育を受けます：また
(ii)特別学級、分離教育、または障害を持つ児童を通常の教育環境から排除するのは、障害の性質や程度が、補助的な補助やサービスを利用しても通常の学級での教育が満足に達成できないような場合に限られます。
34 CFR § 300.114

IEP チームが検討したすべてのプレースメントの選択肢を列挙してください。_____

選択したプレースメントオプションを示してください。_____
選択した最も制限が少ない環境を示してください。

○ 特別教育プレースメント（プレスクール3歳から5歳）：

- ☐ 通常初等教育プログラムに毎週10時間参加し、特別教育と関連サービスをその環境下で大半の教育を受ける
- ☐ 通常初等教育プログラムに毎週10時間参加し、特別教育と関連サービスを他の場所で大半の教育を受ける
- ☐通常初等教育プログラムに毎週10時間未満参加し、特別教育と関連サービスをその環境下で大半の教育を受ける
- ☐ 通常初等教育プログラムに毎週10時間未満参加し、特別教育と関連サービスを他の場所で大半の教育を受ける

通常の幼児教育プログラムに参加するお子さんについて、ほとんどのサービスが受けられる環境を以下より選択してください。
☐ 公立Pre-K ☐ コミュニティ/私立Pre-K/幼稚園/保育 ☐ ヘッドスタート ☐ ジュディセンター ☐ その他（具体的に記入してください）：_____

☐ サービス提供場所 ☐ 別クラス ☐ プライベート個別デイスクールL ☐ プライベート居住施設
☐ 自宅 ☐ 公立個別デイスクール ☐ 効率居住施設

○ 特別教育プレースメント（学校年齢K-21）：

{合計時間 学校週： _____時間_____分/週} − {合計時間（外） 一般教育：_____時間_____分/週} = {合計時間 一般教育：_____時間_____分/週}

平均 _____ %/日

☐ 一般教育内（80%以上） ☐ 公立個別デイスクール ☐ プライベート居住施設 ☐ 親とともに私立学校に参加
☐ 一般教育ない（40%から79%） ☐ プライベート個別デイスクール ☐ 在宅/病院
☐ 一般教育ない（40%以下） ☐ 公立居住施設 ☐ 矯正施設

LREと判断した根拠を文書化し、通常の幼児教育プログラム／一般教育環境から除外される場合は、補助的な援助やサービスを使用してもその環境でサービスを提供できない理由を説明してください。

学業、学業以外の活動、課外活動において、生徒が障害のない同級生と一緒に参加しない具体的な時間／活動を示すか、1日のうち100%参加する場合は、NAをクリックしてください。

☐ NA（前日１００％含む）_____

LRE選択にて、生徒または生徒が必要とするサービスに有害な影響が想定されますか？ ○はい ○ いいえ
はいの場合、説明してください:_____

サービスは生徒の（障害がなければ生徒が進学予定であった）ホームスクール**内**ですか？ ○ はい ○ いいえ

輸送の必要性の考慮：
公的機関は、障害のある生徒の教育上の居場所を決定する際、生徒の自宅にできるだけ近い場所にしなければなりません。COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

生徒は特別な交通手段が要りますか。○はい ○ いいえ はいの場合、距離や時間を考慮して説明してください：_____

生徒は交通手段を簡単に使うことをサポートするための特別な装備がありますか。 ○ はい ○ いいえ はいの場合：_____
移動中、生徒を補助する人員が必要ですか？ ○はい ○ いいえ はいの場合、説明してください：_____
移動中に生徒を補助するのに必要な支援は他にありますか？ ○はい ○いいえ はいの場合：_____

SSIS居住郡_____
SSIS居住学校_____
SSISサービス群_____
SSISサービス学校_____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

最も制約の少ない環境（LRE）判断&プレースメント概要

障害のある生徒が、一般的なカリキュラムに必要な修正を加えるという理由だけで、年齢相応の指導環境における一般教育から外されることはありません。
各公的機関以下を引き受ける必要があります：
(i)公立または私立の施設やその他のケア施設にいる子どもを含め、障害のある子どもは、適切な最大限の範囲において、障害のない子どもと一緒に教育を受けます：また
(ii)特別学級、分離教育、または障害を持つ児童を通常の教育環境から排除するのは、障害の性質や程度が、補助的な補助やサービスを利用しても通常の学級での教育が満足に達成できないような場合に限られます。
34 CFR § 300.114

チャイルドカウント資格コード

- ☐ (1)FAPEを受け取るために公立機関により公立学校または非公立学校に振り分けられた有資格の障害を持つ生徒。
- ☐ (2)特別教育およびまたは関連サービスを公的機関のサービスプランを通じて受ける親の決断により私立学校に通う有資格の障害を持つ生徒。
- ☐ (3)親の決断によって私立学校に通う公的機関のサービスを受けない有資格の障害を持つ生徒。
- ☐ (4)サービス開始への親の拒否によりサービスを受けていない有資格の障害を持つ公立学校生徒。
- ☐ (6)3歳未満の障害を持つ有資格生徒。IFSPを通じた初期介入サービス継続への保護者の同意。

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

機関

サービス開始への同意（初期IEPのみ）

本行動の理由を書面にて通知する評価報告書のコピーを受け取りました。

特別教育及び関連サービスはIEPにて記載されるように提供されます。 IEPが１年に一度以上の頻度で定期的に見直されることを理解しました。

家族教育の権利とプライバシー法（FERPA）に記載される状況を除き、私の署名と文書における同意なしに記録が開示されないことを理解しました。 本法律は教育記録を公立学校や教育機関に開示することを許可します。

私は自主的に同意し、いつでも同意を撤回できることを理解しました。 さかのぼって撤回することはできません。子どもが一度特別教育を受け、終了したたのちに子どもが特別教育サービスを受け取ることの同意を書面にて撤回した場合、同意撤回により公的機関は子どもが特別教育を受けた記録や関連サービスを取り除くために子どもの教育記録を修正する必要があります。

公的機関は特別サービス情報システムに使用される情報を提出することを理解しました。本システムはプログラムを可能にし、いかなる必要なアセスメントへの子どもの権利を確保するために、MSDEおよびその他合衆国機関により適切な場合に使用されます。

IEPチームの決定を私の母語またはその他手段を通じて通知されました。

すでに受け取った*手続き上の保護措置に関する保護者の権利*にて私の保有する権利について通知されました。

子どものIEPに記載されるように子どもへの特別教育開始および関連サービス開始に同意します。

保護者署名： **日付：**

_____ _____

氏名： 機関： IEP チーム会議日： / /

医療支援

保護者の同意は家族教育の権利とプライバシー法（FERPA）及び個別障害者教育法（IDEA）に基づき請求の問題から子どもの個人情報をメリーランド州健康局（MDH）、医療補助プログラム担当政府機関、プロバイダー機関に開示する前に得て下さい。 同意することで、公的機関がお子様に提供されるサービス料を支払うためにMedicaidにアクセスできることを理解し、同意したものとみなします。

無料で適切な公教育（FAPE）をお子さまに提供するために、提供期間は：

- お子さまがIDEAに基づくFAPEを受け取るために州の医療補助へのサインアップまたは登録を求めません
- サービス請求時に発生する控除免責金額支払い、共同支払いなどの自己負担費用を負担することを求めません
- 以下のことを引き起こす医療補助下のお子さまのメリットを使用しません：
    - o終身補償またはその他保障メリットを軽減する
    - o医療補助によりカバーされるお子さまが学校外で必要とするサービスの料金を家庭で負担させる
    - oメリットや保険料金を上げたり、加入が継続できなくなる
    - o累積医療関連費用に基づく自宅およびコミュニティーベースの棄権資格を失うリスク

個人情報を政府の医療補助プログラムに家事することへの同意をいつでも撤回できる権利を有します。

提供機関がお子さまの個人情報を開示することへの同意を撤回した場合でも、お子さまが必要とする全てのサービスを無償で提供する提供機関の責任は失われません。

MAへの資格はありますか？ ○ はい ○ いいえ **MA番号**_____

障害を持つ子どもへのサービスコーディネートおよび本IEPで特定されたサービスコーディネーターがMAサービスコーディネーターとして指名される可能性があることに同意します。（COMAR 10.09.52）

子どものMAサービスコーディネーターを自由に選ぶことができることを理解しました。 現在、以下のサービスコーディネーターを承認します。

MAサービスコーディネーター指名：_____

MAサービスコーディネーター指名：_____

今後、MAサービスコーディネーターを変更したいと思った場合、学校に連絡して変更することができることを理解しました。

本サービスの目的は必要な医療、社会、教育、その他サービスへのアクセス獲得を支援することであると理解しました。

提供機関が、医療補助メリットを受けられるように子どもの個人情報を政府医療補助プログラムに開示することに同意します。

提供機関が子どものIEP目標実施に関連するサービスコーディネートや健康関連サービスの費用をMedicaidから回収することを許可します。

提供機関のMA資金へのアクセスを拒否した場合にも、子どもが必要とする全てのサービスを無償で提供する提供機関の責任は失われないことを理解しました。

提供機関のMA資金へのアクセスを拒否した場合にも、必要な全てのサービスを保護者の負担なしに子供に提供する提供機関の責任は失われないことを理解しました。

ネジメントサービスを受け取ることができない可能性があることも理解しました。

保護者署名： **日付：**

_____ _____