

氏名:

機関:

IEP チーム会議日時: / /

## 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  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  
 アジア  黒人またはアフリカ系アメリカ人  
 白人

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は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時: \_\_\_\_\_

IEPアニュアルレビュー日時: \_\_\_\_\_

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口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口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 - マリーランド州高校卒業認定修了  
 C - マ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: \_\_\_\_\_ 校長/被指名人: \_\_\_\_\_ スクールカウンセラー: \_\_\_\_\_ エージェンシー代表: \_\_\_\_\_

IEPチェア: \_\_\_\_\_ 一般教育担当: \_\_\_\_\_ ソーシャルワーカー: \_\_\_\_\_ そのほか出席者: \_\_\_\_\_

保護者/ガーディアン: \_\_\_\_\_ 特別教育担当: \_\_\_\_\_ 言語療法士: \_\_\_\_\_ そのほか出席者: \_\_\_\_\_

保護者/ガーディアン: \_\_\_\_\_ ガイダンスカウンセラー: \_\_\_\_\_ 生徒: \_\_\_\_\_ そのほか出席者: \_\_\_\_\_

氏名：

機関：

IEP チーム会議日時： / /

## 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)初期評価日時：      (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

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

     (月・日・年)

初期IEP開発日時：

     (月・日・年)

サービス開始の保護者同意日時：

     (月・日・年)

初期IEP開始日時：

     (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) に違反していません。

氏名：

機関：

IEP チーム会議日時： / /

## 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)

初期評価日時：


 (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

- |                            |                            |                                |  |                              |   |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 自閉症  | <input type="radio"/> 発達遅延 | <input type="radio"/> 知的障害     | <input type="radio"/> 学習障害                                 | <input type="radio"/> 言語障害   | <input type="radio"/> 視覚障害              |
| <input type="radio"/> 聴覚障害 | <input type="radio"/> 感情障害 | <input type="radio"/> 肢体不自由    | <input type="radio"/> ディスレクシア <input type="radio"/> 書字障害   | <input type="radio"/> 外傷性脳損傷 | <input type="radio"/> 複数障害              |
| <input type="radio"/> 盲ろう者 | <input type="radio"/> 難聴   | <input type="radio"/> そのほか健康障害 | <input type="radio"/> 算数障害 <input type="radio"/> その他 _____ |                              | <input type="radio"/> 認知 (具体的に) _____   |
|                            |                            |                                |  |                              | <input type="radio"/> 感覚 (具体的に) _____   |
|                            |                            |                                |  |                              | <input type="radio"/> 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開発日時：


 (月・日・年)

サービス開始の保護者同意日時：


 (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

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

氏名：

機関：

IEP チーム会議日時：

/ /

## 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](http://www.marylandpublicschools.org)から卒業要件をご覧ください。

その他地域の卒業要件記録： \_\_\_\_\_

## 完了の予定カテゴリ：

- 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
- 技術2単位
- 問題なく完了した州承認の経歴と技術教育プログラム
- 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 チーム会議日時 :

/ /

## 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？  
(IEP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を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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 チーム会議日時： / /

### 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？

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？

アセスメント日 .... (月・日・年)評価日 ... (月・日・年)

全体運用レベル

全体的な運用レベル

 ENTERING  EMERGING  DEVELOPING  EXPANDING  BRIDGING  REACHING INITIATING  EXPLORING  ENGAGING  ENTERING  EMERGING

### 州全体マ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？

総合能力	<input type="radio"/> EMERGING <input type="radio"/> APPROACHING <input type="radio"/> DEMONSTRATING <input type="radio"/> その他 (障害によって利用できない評価項目により測定不能項目あり) <input type="radio"/> 完了していないアセスメント (一部または全ての項目が完了していない)	ドメインレベルパフォーマンス	スコア	レンジ
		総合スコア	_____ (レンジ: 202-298)	言語と文学
		数学		202-298
		社会基盤		202-298
		身体的な健康と運動機能の発達		202-293

....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？

MCAP	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			
	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					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
数学					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数学I 適用する場合					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社会 (8年生)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA 科学 (5年生、8年生)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

....時点での生徒の高校時代のMCAP評価はどうでしたか？

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

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)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数 II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
幾何学			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ライフサイエンス (LS) MISA			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
政治学			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DLM	最新の運用レベル			
	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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
数学	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
科学 (5、8、11年生のみ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

氏名 :

機関 :

IEP チーム会議日時 :

/ /

## 初期学習スキル :

- 社会基盤
- 言語と文学
- 数学
- 理科
- 社会
- 身体的健康と運動機能の発達
- 美術

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 チーム会議日時： / /

## 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

## 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

## 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 チーム会議日時 :

/ /

## 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) アセスメント結果まとめ (管理日を含む) : \_\_\_\_\_

- |   |           |       |
|---|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> 学生インタビュー (必須)          | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> キャリアクルーキング             | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> コノバー移行の評価              | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> ナビアンス                  | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> O*ネット                  | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 写真興味職業調査 (PICS)        | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> ポジティブパーソナルプロフィール (PPP) | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 移行計画インベントリ (TPI)       | 日付: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名:

機関:

IEP チーム会議日時: / /

## プレスクール年齢 - 現在の教育レベルおよび機能パフォーマンスレベル

この子どもはどこで時間を過ごしますか？

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 託児所                 | <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター | <input type="checkbox"/> 保護者の職場                   | <input type="checkbox"/> 公立の就学前教育プログラム |
| <input type="checkbox"/> 子どもの自宅              | <input type="checkbox"/> 家族の自宅         | <input type="checkbox"/> 公園やレクリエーションプログラムやアクティビティ | <input type="checkbox"/> 宗教施設          |
| <input type="checkbox"/> アーリーヘッドスタート/ヘッドスタート | <input type="checkbox"/> ジュディセンター      | <input type="checkbox"/> プレスクールプレイグループ            | <input type="checkbox"/> シェルター         |
| <input type="checkbox"/> ファミリーチャイルドケア        | <input type="checkbox"/> 図書館           | <input type="checkbox"/> 私立の就学前教育施設               | <input type="checkbox"/> その他: _____    |

プレスクールに通う子どもの教育及び機能面での保護者の懸念事項はなんですか？ \_\_\_\_\_

子どもの障害による年齢に適したアクティビティへの参加に障壁がありますか？ \_\_\_\_\_

子どもの強みとニーズを3つの機能分野からお選びください: 強みとニーズの概要

自宅やコミュニティ、チャイルドケアやプレスクールプログラムで子供がアクティブかつ参加できるようにするために、3つの機能分野スキルを育てる必要があります: (1) ポジティブな社会的能力や関係; (2) 知識やスキルの獲得と使用; (3) ニーズに合わせた適切な行動の使用。複数の情報ソースが子ども自信とその同年代の仲間との関係における進捗を理解するために使用されます。このソースには家族の懸念、優先順位、さまざまな状況における子どもの教育及び機能的パフォーマンスが含まれます。  <b>子どもはどのように...</b>	子どもの強み	子どものニーズ	同年代の子どもと比較した発達状況は？  同代の子どもと類似: ○ この分野における同年代の子どもと同程度のスキルがある。 ○ この分野における同年代の子どもと同程度のスキルがあるが、懸念点もある。 ○ この分野における同年代の子どもが有するスキルがあるが、一部機能においては若年者と同程度であるといえることができる。 ○ 時々、同年代の子どもに期待されるスキルを見せるが、多くのスキルがまだ発達していない。 ○ 同年代の子どもに期待されるスキルをまだ使用しない。しかし、この分野における重要かつ今後構築される基本的なスキルを見ている。 ○ 本分野における年齢に適したレベルに向けた初期的または即時の基盤的スキルが見られる。 ○ 同年齢の子どもよりもかなり機能が低いと言える。初期的なスキルは見られるものの本分野における基礎的またはこの年齢で期待されるスキルは見られない。  子どもの結果概要 (COS: ) ○ エントリー ○ 暫定 ○ 完了○ 該当なし COS 完了日: _____ ソース: _____ <input type="checkbox"/> 保護者のインプットなしに収集
<b>ポジティブな社会的感情スキル及び関係の育成</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● 家族メンバーとの関わり</li><li>● 他の成人との関わり</li><li>● 兄弟との関わり</li><li>● 感情を伝えられる</li><li>● 社会的交流や遊びの中の他人との関わり</li><li>● ルーティンまたは環境下の変化に対応できる</li><li>● 社会ルールを理解し、守ることができる</li></ul>			上記リストから評価をお選びください: 同年齢の子どもとの関わり - _____  もともとの強みとニーズ概要をアップデートする場合のみお答えください: ポジティブな社会的感情発達や関係にて前回の強みとニーズの概要から新しいスキルまたは行動を獲得しましたか? ○ はい ○ いいえ
<b>知識やスキルの獲得と使用</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● コミュニケーション (例: 手話、会話中の語彙、増強デバイス、絵記号)</li><li>● 遊びを含む日常生活の中で言葉やスキルを使用する</li><li>● 本、絵、印刷物と関わる</li><li>● 新し状況での問題解決</li><li>● プレアカデミックコンセプトを理解する</li><li>● 指示を理解し、反応する</li></ul>			上記リストから評価をお選びください: 同年齢の子どもとの関わり - _____  もともとの強みとニーズ概要をアップデートする場合のみお答えください: 前回の強みやニーズ概要から知識やスキルの獲得と使用に関連した新しいスキルや行動は見られましたか? ○ はい ○ いいえ
<b>ニーズを満たすための適切な行動使用</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● ウォンツとニーズを伝えられる</li><li>● 自分の健康や安全を気に掛ける</li><li>● セルフケアニーズ (食事、着替え、トイレ) を満たすことができる</li><li>● ニーズやウォンツが満たされない時に反応できる</li><li>● 必要に応じて助けを求める</li><li>● ものを取りに行ける</li></ul>			上記リストから評価をお選びください: 同年齢の子どもとの関わり - _____  もともとの強みとニーズ概要をアップデートする場合のみお答えください: 前回の強みとニーズのまとめ以来、ニーズを満たすための適切な行動を使用することに関連した新しいスキルや行動が見られますか? ○ はい ○ いいえ

氏名 :

機関 :

IEP チーム会議日時 :

/ /

## 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 チーム会議日時 :

/ /

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 チーム会議日時 : / /

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

氏名 :

機関 :

IEP チーム会議日時 :

/ /

### 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。

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> 芸術、コミュニケーション       | <input type="radio"/> ビジネスマネジメントとファイナンス | <input type="radio"/> 建設と開発              |
| <input type="radio"/> 消費者サービス、ホスピタリティ、観光 | <input type="radio"/> 環境、農業、天然資源        | <input type="radio"/> 健康とバイオサイエンス        |
| <input type="radio"/> 人材サービス             | <input type="radio"/> 情報技術              | <input type="radio"/> 製造、エンジニアリング、テクノロジー |
| <input type="radio"/> 輸送技術               |   |  |

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 チーム会議日時: / /

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) <input type="checkbox"/> 就労前移行サービス受領 <input type="checkbox"/> 学生就職支援サービスを受ける	<input type="radio"/> はい 職業リハビリテーション (VR) <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ: (以下の選択肢から理由をお選びください)	<input type="radio"/> はい: 同意日_____ 紹介日_____ <input type="checkbox"/> ETS前 <input type="checkbox"/> 学生就職支援サービス <input type="radio"/> いいえ: (以下の選択肢から理由をお選びください)	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ: (以下の選択肢から理由をお選びください)	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ: (以下の選択肢から理由をお選びください)	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ: (以下の選択肢から理由をお選びください)	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ: (以下の選択肢から理由をお選びください)	<input type="radio"/> はい: 日付_____ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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. 学生はDORSを参照するのに適した年齢ではありません (DORSのみ) 3. 現在、生徒は機関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DORSに任意照会することを望みませんでした (DORSのみ) 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: _____ (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 チーム会議日時： / /

**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
<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> 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 チーム会議日時： / /

## 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襲的、非物理的介入でそれらの度合い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襲的、非物理的介入でそれらの度合い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 チーム会議日時 :

/ /

### 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 チーム会議日時 : / /

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	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 チーム会議日時 : / /

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	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 チーム会議日時 : / /

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	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: 支援技術 (スクリーンリーダー以外) (応答の調整でもある)	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: オーディオの自動制御	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 チーム会議日時 : / /

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	指導	MCAP (数学、科学、社会)	MCAP (ELA)	ライサイエンス (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:計算機を含む数学ツール (数学評価と科学評価の計算機セクション)	はい	はい	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	N/A	N/A	N/A	はい
4e:計算機を含む数学ツール (数学評価の計算機以外のセクション)	はい	はい	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	N/A	N/A	N/A	はい
4f:音声テキスト化	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:ELLスクライブのACCESS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	はい	はい	はい	いいえ
4n: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
4o: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 チーム会議日時 : / /

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

	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 <input type="radio"/> 1.5x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 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 チーム会議日時 : / /

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

場所と方法を明記して下さい : \_\_\_\_\_



氏名 :

機関 :

IEP チーム会議日時 : / /

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
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 変更/修正 アサインメント</li> <li><input type="radio"/> 作業を 小分けにする</li> <li><input type="radio"/> 文章を分ける</li> <li><input type="radio"/> 作業や評価時の 余分な情報を 可能であれば 削除する</li> <li><input type="radio"/> 読む量を減らす</li> <li><input type="radio"/> 修正コンテンツ</li> <li><input type="radio"/> 修正評価システム</li> <li><input type="radio"/> オープンブックテスト</li> <li><input type="radio"/> 口頭試験</li> <li><input type="radio"/> 選択肢を減らす</li> <li><input type="radio"/> テスト時間を減らす</li> </ul>	<p>予測頻度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 日々</li> <li><input type="radio"/> 週    <input type="radio"/> 月</li> <li><input type="radio"/> 年</li> <li><input type="radio"/> 一度のみ</li> <li><input type="radio"/> 定期的に</li> <li><input type="radio"/> 四半期ごとに</li> <li><input type="radio"/> 半年ごとに</li> <li><input type="radio"/> その他 _____</li> </ul>	<p>月・日・年</p>	<p>月・日・年</p> <p>期間 _____週間</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> オリエンテーション&amp;モビリティスペシャリスト _____</li> <li><input type="radio"/> 聴覚訓練士</li> <li><input type="radio"/> 言語療法士</li> <li><input type="radio"/> ろうまたは難聴の教師</li> <li><input type="radio"/> 視覚障害の教師</li> <li><input type="radio"/> 作業療法士</li> <li><input type="radio"/> 生徒人員ワーカー</li> <li><input type="radio"/> 体育教師</li> <li><input type="radio"/> リハビリテーションサービススタッフ</li> <li><input type="radio"/> 一般教育教師</li> <li><input type="radio"/> キャリア&amp;テクノロジー教師</li> <li><input type="radio"/> ソーシャルサービス課 (DSS)</li> <li><input type="radio"/> 行動健康局 (BHA)</li> <li><input type="radio"/> 発達障害機関 (DDA)</li> <li><input type="radio"/> リハビリテーションサービス局 (DORS)</li> <li><input type="radio"/> その他機関 _____</li> <li><input type="radio"/> 特別教育教師</li> <li><input type="radio"/> その他サービス提供者 _____</li> <li><input type="radio"/> 看護師</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 心理士</li> <li><input type="radio"/> IEPチーム</li> <li><input type="radio"/> 通訳者</li> <li><input type="radio"/> 指示アシスタント</li> <li><input type="radio"/> 理学療法士</li> <li><input type="radio"/> ホームベース教師</li> <li><input type="radio"/> スクールカウンセラー</li> <li><input type="radio"/> スクールソーシャルワーカー</li> <li><input type="radio"/> レクリエーション療法士</li> <li><input type="radio"/> 職業 セラピーアシスタント</li> <li><input type="radio"/> 理学療法アシスタント</li> <li><input type="radio"/> 言語 アシスタント</li> <li><input type="radio"/> セラピスト 行動支援</li> </ul>

場所と方法を明記して下さい : \_\_\_\_\_

氏名 :

機関 :

IEP チーム会議日時 : / /

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
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 成人支援</li> <li><input type="radio"/> 計画変更への事前準備</li> <li><input type="radio"/> アンガーマネジメントトレーニング</li> <li><input type="radio"/> 理解をチェック</li> <li><input type="radio"/> クライシス介入</li> <li><input type="radio"/> 必要な場合に生徒が助けを求められるようにする</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 頻繁なアイコンタクト/近接距離</li> <li><input type="radio"/> ルールを何度も教える</li> <li><input type="radio"/> ホームスクールコミュニケーションシステム</li> <li><input type="radio"/> 行動コンタクトの実施</li> <li><input type="radio"/> アジェンダブックや進捗報告の使用をモニターする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 活動や動く機械の変更点を頻繁に教える</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> マテリアルの組織に構造化された時間を提供</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> ソーシャルスキルトレーニング</li> <li><input type="radio"/> 注意を開始し維持する戦略</li> <li><input type="radio"/> ポジティブかつ具体的な強化を使用</li> <li><input type="radio"/> その他 :</li> </ul>	<p>予測頻度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 日々</li> <li><input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> 月</li> <li><input type="radio"/> 年</li> <li><input type="radio"/> 一度のみ</li> <li><input type="radio"/> 定期的に</li> <li><input type="radio"/> 四半期ごとに</li> <li><input type="radio"/> 半年ごとに</li> <li><input type="radio"/> その他 _____</li> </ul>	<p>月・日・年</p> <p>月・日・年</p> <p>期間 _____ 週間</p>	<p>○ <input type="checkbox"/> オリエンテーション&amp;モビリティスペシャリスト _____</p> <p>● <input type="checkbox"/> 聴覚訓練士</p> <p>● <input type="checkbox"/> 言語療法士</p> <p>● <input type="checkbox"/> ろうまたは難聴の教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> 視覚障害の教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> 作業療法士</p> <p>● <input type="checkbox"/> 生徒人員ワーカー</p> <p>● <input type="checkbox"/> 体育教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> リハビリテーションサービススタッフ</p> <p>● <input type="checkbox"/> 一般教育教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> キャリア&amp;テクノロジー教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> ソーシャルサービス課 (DSS)</p> <p>● <input type="checkbox"/> 行動健康局 (BHA)</p> <p>● <input type="checkbox"/> 発達障害機関 (DDA)</p> <p>● <input type="checkbox"/> リハビリテーションサービス局 (DORS)</p> <p>● <input type="checkbox"/> その他機関 _____</p> <p>● <input type="checkbox"/> 特別教育教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> その他サービス提供者 _____</p> <p>● <input type="checkbox"/> 看護師</p> <p>● <input type="checkbox"/> 心理士</p> <p>● <input type="checkbox"/> IEPチーム</p> <p>● <input type="checkbox"/> 通訳者</p> <p>● <input type="checkbox"/> 指示アシスタント</p> <p>● <input type="checkbox"/> 理学療法士</p> <p>● <input type="checkbox"/> ホームベース教師</p> <p>● <input type="checkbox"/> スクールカウンセラー</p> <p>● <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー</p> <p>● <input type="checkbox"/> レクリエーション療法士</p> <p>● <input type="checkbox"/> 職業</p> <p>● <input type="checkbox"/> 理学療法スタント</p> <p>● <input type="checkbox"/> 言語アシスタント</p> <p>● <input type="checkbox"/> セラピスト</p> <p>● <input type="checkbox"/> 行動支援</p>

場所と方法を明記して下さい : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 :

機関 :

IEP チーム会議日時 : / /

### 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
<input type="radio"/> エレベーターへのアクセス <input type="radio"/> 適合装置 <input type="radio"/> 適合食事装置 <input type="radio"/> 感覚インプットの調整 (例: 照明、音響) <input type="radio"/> 教室移動時間を増やす <input type="radio"/> 環境支援 (例: 教室音響、室温、換気)	<input type="radio"/> 優先ロッカー場所 <input type="radio"/> 優先座席 <input type="radio"/> 筆記タスクを減らす <input type="radio"/> 感覚栄養 <input type="radio"/> 予定の可視化 <input type="radio"/> その他: _____	予測頻度 <input type="radio"/> 日々 <input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 一度のみ <input type="radio"/> 定期的に <input type="radio"/> 四半期ごとに <input type="radio"/> 半年ごとに <input type="radio"/> その他 _____	月・日・年  月・日・年  期間 _____ 週間	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> オリエンテーション&モビリティスペシャリスト _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 聴覚訓練士 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 言語療法士 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ろうまたは難聴の教師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 視覚障害の教師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生徒人員ワーカー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体育教師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> リハビリテーションサービススタッフ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一般教育教師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> キャリア&テクノロジー教師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ソーシャルサービス課 (DSS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 行動健康局 (BHA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 発達障害機関 (DDA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> リハビリテーションサービス局 (DORS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他機関 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 特別教育教師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他サービス提供者 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 看護師

場所と方法を明記して下さい: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名：

機関：

IEP チーム会議日時： / /

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

/ /

### 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、ブレイ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 チーム会議日時: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<p><b>目標</b> _____</p>	<p>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: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> トレーニング <input type="checkbox"/> 自立した生活</p>
<p>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) : _____</p>	
<p>タイムフレーム: <input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/> (月・日・年) まで</p>	
<p>測定方法 (該当するもの全てをお選び下さい) : <input type="checkbox"/> 情報手続き - (使用ツール/メソッド) _____ <input type="checkbox"/> クラスルームベース評価 - (使用ツール/メソッド) _____  <input type="checkbox"/> 観察記録 <input type="checkbox"/> 標準アセスメント - (使用ツール/メソッド) _____ <input type="checkbox"/> ポートフォリオアセスメント <input type="checkbox"/> その他 _____</p>	
<p>クライテリア (習得と保持) : _____ <input type="checkbox"/> % の正確性 <input type="checkbox"/> % 減少 <input type="checkbox"/> _____ トライアル中 _____ <input type="checkbox"/> % 増加 <input type="checkbox"/> その他 _____</p>	
<p>ESY目標? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>	
<p><b>緊急時のIEP計画:</b> 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?  <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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: _____</p>	
<p>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) : _____</p>	<p>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) : _____</p>
<p>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) : _____</p>	<p>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) : _____</p>
<p>進捗 方向性 目標</p>	<p>_____</p>
<p>進捗報告1 日付 _____</p>	<p>プログレスコード: <input type="radio"/> 達成 <input type="radio"/> 目標達成のため十分に成長している <input type="radio"/> 新しく導入されたスキル; 現時点で測定不可能  <input type="radio"/> 目標達成に成長度合いは不十分である <input type="radio"/> 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: _____</p>
<p>進捗報告2 日付 _____</p>	<p>プログレスコード: <input type="radio"/> 達成 <input type="radio"/> 目標達成のため十分に成長している <input type="radio"/> 新しく導入されたスキル; 現時点で測定不可能  <input type="radio"/> 目標達成に成長度合いは不十分である <input type="radio"/> 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: _____</p>
<p>進捗報告3 日付 _____</p>	<p>プログレスコード: <input type="radio"/> 達 <input type="radio"/> 目標達成のため十分に成長している <input type="radio"/> 新しく導入されたスキル; 現時点で測定不可能  <input type="radio"/> 目標達成に成長度合いは不十分である <input type="radio"/> 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: _____</p>
<p>進捗報告4 日付 _____</p>	<p>プログレスコード: <input type="radio"/> 達成 <input type="radio"/> 目標達成のため十分に成長している <input type="radio"/> 新しく導入されたスキル; 現時点で測定不可能  <input type="radio"/> 目標達成に成長度合いは不十分である <input type="radio"/> 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: _____</p>
<p>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? <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 四半期ごと <input type="checkbox"/> 評価時期後 <input type="checkbox"/> その他 _____</p>	

氏名:

機関:

IEP チーム会議日時: / /

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 (P) = プライマリー、(O) = その他	サービス概要	
<input type="radio"/> 教室での指示 (教室での指示セッション数は任意です) <input type="radio"/> 体育 <input type="radio"/> 言語療法 <input type="radio"/> 移動訓練	<input type="radio"/> 一般教育 <input type="radio"/> 屋外一般教育	セッション数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> その他	時間 _____時間 _____分	頻度 <input type="radio"/> 日々 <input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 一度のみ <input type="radio"/> 四半期ごと <input type="radio"/> 半 <input type="radio"/> 年ごと	月・日・年 _____	月・日・年 期間 _____週間	<input type="radio"/> オリエンテーション&モビリティスペシャリスト _____ <input type="radio"/> 聴覚訓練士 <input type="radio"/> 言語療法士 <input type="radio"/> ろうまたは難聴の教師 <input type="radio"/> 視覚障害の教師 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 生徒人員ワーカー <input type="radio"/> 体育教師 <input type="radio"/> リハビリテーションサービススタッフ <input type="radio"/> 一般教育教師 <input type="radio"/> キャリア&テクノロジー教師 <input type="radio"/> ソーシャルサービス課 (DSS) <input type="radio"/> 行動健康局 (BHA) <input type="radio"/> 発達障害機関 (DDA) <input type="radio"/> リハビリテーションサービス局 (DORS) <input type="radio"/> その他機関 _____ <input type="radio"/> 特別教育教師 <input type="radio"/> その他サービス提供者 _____	<input type="radio"/> 心理士 <input type="radio"/> IEPチーム <input type="radio"/> 通訳者 <input type="radio"/> 指示アシスタント <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> ホームベース教師 <input type="radio"/> スクールカウンセラー <input type="radio"/> スクールソーシャルワーカー <input type="radio"/> レクリエーション療法士 <input type="radio"/> 作業療法ラピーアシスタント <input type="radio"/> 理学療法シスタント <input type="radio"/> 言語アシスタント <input type="radio"/> セラピスト行動支援	合計サービス時間: <input type="radio"/> 毎週 <input type="radio"/> 毎月 <input type="radio"/> 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 (P) = プライマリー、(O) = その他	サービス概要	
<input type="radio"/> 教室での指示 (教室内の指示セッション数は任意です) <input type="radio"/> 体育 <input type="radio"/> 言語療法 <input type="radio"/> 移動訓練	<input type="radio"/> 一般教育 <input type="radio"/> 屋外一般教育	セッション数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> その他	時間 _____時間 _____分	頻度 <input type="radio"/> 日々 <input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 一度のみ <input type="radio"/> 四半期ごと <input type="radio"/> 半 <input type="radio"/> 年ごと	月・日・年 _____	月・日・年 期間 _____週間	<input type="radio"/> オリエンテーション&モビリティスペシャリスト _____ <input type="radio"/> 聴覚訓練士 <input type="radio"/> 言語療法士 <input type="radio"/> ろうまたは難聴の教師 <input type="radio"/> 視覚障害の教師 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 生徒人員ワーカー <input type="radio"/> 体育教師 <input type="radio"/> リハビリテーションサービススタッフ <input type="radio"/> 一般教育教師 <input type="radio"/> キャリア&テクノロジー教師 <input type="radio"/> 社会サービス局 (DSS) <input type="radio"/> 作業療法 <input type="radio"/> 行動健康局 (BHA) <input type="radio"/> 発達教育機関 (DDA) <input type="radio"/> 理学療法 <input type="radio"/> リハビリテーションサービス局 (DORS) <input type="radio"/> その他機関 _____ <input type="radio"/> 言語 <input type="radio"/> 特別教育教員 <input type="radio"/> その他サービス提供者 _____	<input type="radio"/> 心理士 <input type="radio"/> IEPチーム <input type="radio"/> 通訳者 <input type="radio"/> 指示アシスタント <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> ホームベース教師 <input type="radio"/> スクールカウンセラー <input type="radio"/> スクールソーシャルワーカー <input type="radio"/> レクリエーション療法士 <input type="radio"/> セラピーアシスタント <input type="radio"/> アシスタント <input type="radio"/> アシスタント <input type="radio"/> セラピスト 行動支援	合計サービス時間: <input type="radio"/> 毎週 <input type="radio"/> 毎月 <input type="radio"/> 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 チーム会議日時: / /

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

## 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、○ = その他		サービス概要
<input type="radio"/> キャリアと技術支援サービス教育プログラム <input type="radio"/> 就労評価 <input type="radio"/> 特別教育プログラムと就労まえ目標	<input type="radio"/> 一般教育 <input type="radio"/> 屋外一般教育	セッション数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> その他	時間 ____時間 ____分	頻度 <input type="radio"/> 日々 <input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 一度のみ <input type="radio"/> 四半期ごと <input type="radio"/> 半 <input type="radio"/> 年ごと	月・日・年 ____月 ____日 ____年	月・日・年 期間 ____週間	<input type="radio"/> オリエンテーション&モビリティスペシャリスト <input type="radio"/> 言語療法士 <input type="radio"/> ろうまたは難聴の教師 <input type="radio"/> 視覚障害の教師 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 生徒人員ワーカー <input type="radio"/> 体育教師 <input type="radio"/> リハビリテーションサービススタッフ <input type="radio"/> 一般教育教師 <input type="radio"/> キャリア&テクノロジー教師 <input type="radio"/> ソーシャルサービス課 (DSS) <input type="radio"/> 行動健康局 (BHA) <input type="radio"/> 発達教育機関 (DDA) <input type="radio"/> 理学療法 <input type="radio"/> リハビリテーションサービス局 (DORS) <input type="radio"/> その他機関_____ <input type="radio"/> 言語 <input type="radio"/> 特別教育教員 <input type="radio"/> その他サービス提供者_____ <input type="radio"/> セラピスト行動支援	<input type="radio"/> 聴覚訓練士 <input type="radio"/> 心理士 <input type="radio"/> IEPチーム <input type="radio"/> 通訳者 <input type="radio"/> 指示アシスタント <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> ホームベース教師 <input type="radio"/> スクールカウンセラー <input type="radio"/> スクールソーシャルワーカー <input type="radio"/> レクリエーション療法士 <input type="radio"/> 職業 <input type="radio"/> セラピーアシスタ <input type="radio"/> アシスタント <input type="radio"/> アシスタント	合計サービス時間: <input type="radio"/> 毎週 <input type="radio"/> 毎月 <input type="radio"/> 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、○ = その他		サービス概要
<input type="radio"/> キャリアと技術支援サービス教育プログラム <input type="radio"/> 就労評価 <input type="radio"/> 特別教育プログラムと就労前目標	<input type="radio"/> 一般教育 <input type="radio"/> 屋外一般教育	セッション数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> その他	時間 ____時間 ____分	頻度 <input type="radio"/> 日々 <input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 一度のみ <input type="radio"/> 四半期ごと <input type="radio"/> 半 <input type="radio"/> 年ごと	月・日・年 ____月 ____日 ____年	月・日・年 期間 ____週間	<input type="radio"/> オリエンテーション&モビリティスペシャリスト <input type="radio"/> 言語療法士 <input type="radio"/> ろうまたは難聴の教師 <input type="radio"/> 視覚障害の教師 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 生徒人員ワーカー <input type="radio"/> 体育教師 <input type="radio"/> リハビリテーションサービススタッフ <input type="radio"/> 一般教育教師 <input type="radio"/> キャリア&テクノロジー教師 <input type="radio"/> ソーシャルサービス課 (DSS) <input type="radio"/> 行動健康局 (BHA) <input type="radio"/> 発達教育機関 (DDA) <input type="radio"/> 理学療法 <input type="radio"/> リハビリテーションサービス局 (DORS) <input type="radio"/> その他機関_____ <input type="radio"/> 言語 <input type="radio"/> 特別教育教員 <input type="radio"/> その他サービス提供者_____ <input type="radio"/> セラピスト 行動支援	<input type="radio"/> 聴覚訓練士 <input type="radio"/> 心理士 <input type="radio"/> IEPチーム <input type="radio"/> 通訳者 <input type="radio"/> 指示アシスタント <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> ホームベース教師 <input type="radio"/> スクールカウンセラー <input type="radio"/> スクールソーシャルワーカー <input type="radio"/> レクリエーション療法士 <input type="radio"/> 作業療法 <input type="radio"/> セラピーアシスタント <input type="radio"/> アシスタント <input type="radio"/> アシスタント	合計サービス時間: <input type="radio"/> 毎週 <input type="radio"/> 毎月 <input type="radio"/> 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 チーム会議日時： / /

## 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
- サービス提供場所  別クラス  プライベート個別ディスクールL  プライベート居住施設
- 自宅  公立個別ディスクール  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 } - { 合計時間 (外) } ≡ { 合計時間 }  
 { 学校週： \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分/週 } - { 一般教育： \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分/週 } ≡ { 一般教育： \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分/週 }

- 平均 \_\_\_\_\_ %/日
- 一般教育内 (80%以上)  公立個別ディスクール  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ィスクール  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 チーム会議日時 :

/ /

## 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 チーム会議日時 : / /

## 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 チーム会議日時 : / /

## 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ください。 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 :
  - 終身補償またはその他保障メリットを軽減する
  - 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
  - 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
  - 累積医療関連費用に基づく自宅およびコミュニティ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ターおよび本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ター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 :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_