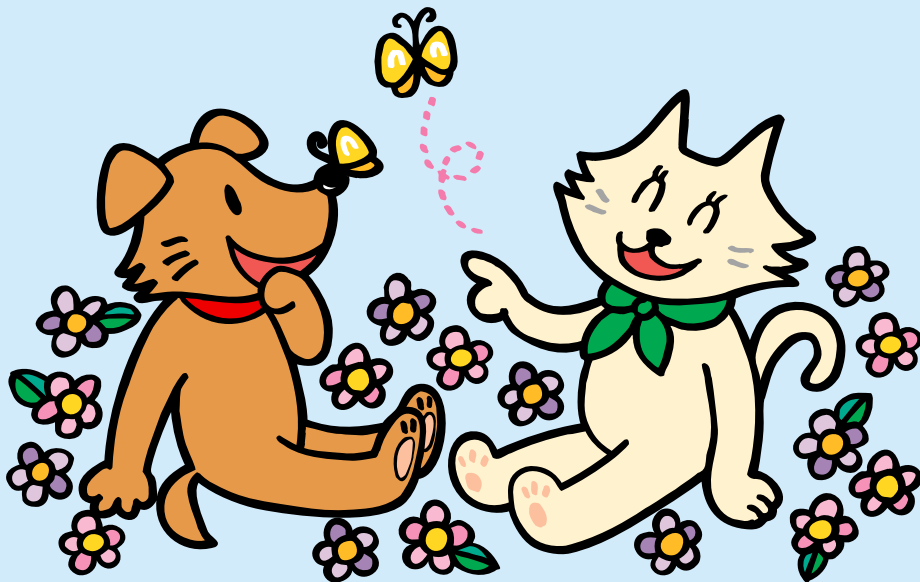


サポートファイル



必ずお読みください

支援者の皆さまへ

栃木県保健福祉部障害福祉課

「サポートファイル」ご利用時の個人情報の保護について

この「サポートファイル」には、お子さんへのよりよいかかわり方や支援方法に関する個人情報が多く含まれているため、ご利用時はプライバシーに十分配慮して慎重に取り扱う必要があります。

「サポートファイル」の情報は保護者が許可した支援者だけが見ることができ、支援に関わらない第三者に情報を提供すること、また、承諾なしにコピーなどをして二次的に使用することは禁止しています。

ご利用にあたっては、以上のことにご留意いただくようお願いいたします。

「サポートファイル」は支援者の皆さまがお子さんの情報を共有することによって、より良い支援ができるようにするために作られたものですが、利用方法を間違えると個人情報が流出するという危険性をはらんでいます。

情報の取り扱いには、くれぐれもご注意ください。

も く じ

◆プロフィール

- * 本人の紹介
- * 緊急連絡先
- * 余暇の過ごし方・遊び
- * コミュニケーション
- * パニック・こだわり
- * 食事
- * 生活状況（1日の流れ）
- * 基本的な生活習慣
- * 宿泊時の生活習慣
- * 持病・投薬など

◆本人のあゆみ

- * 生育の記録
- * 受診歴／検査歴
- * 療育・相談歴
- * 教育歴
- * 職業訓練～就労に向けて～
- * 仕事の記録（職歴）
- * 身長・体重の記録
- * ソーシャルサポート状況（福祉支援）

◆相談・成長記録

- * 最寄りの関係機関一覧
- * 相談の記録
- * 成長の記録

プロフィール

- ◆ 本人の紹介
- ◆ 緊急連絡先
- ◆ 余暇の過ごし方・遊び
- ◆ コミュニケーション
- ◆ パニック・こだわり
- ◆ 食 事
- ◆ 生活状況（1日の流れ）
- ◆ 基本的な生活習慣
- ◆ 宿泊時の生活習慣
- ◆ 持病・投薬など

本人の紹介

記入日： 年 月 日 ()

(ふりがな) 氏名		性別	
呼び名		生年月日	年 月 日
住所		電話番号 (FAX)	
血液型	型 []	平熱	度 分

◆ 家族構成 ◆

続柄	氏名	年齢	特記事項（職業・学校、健康状態、その他）
その他	※その他の家族・親戚で本人と関わりのある場合などに記入してください。		

支援者の皆様へ ～保護者からのお願い～

※支援者の方に必ず伝えたい特徴や注意事項（読んでほしい項目など）を記入してください。

--

<必ず目を通して欲しい項目：優先順位>

①
②
③

緊急連絡先

【緊急連絡先（優先順位）】

順位	名前	続柄	連絡先
①			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
②			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
③			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
④			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
⑤			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
⑥			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
⑦			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：
⑧			自宅・携帯・勤務先等（ ） 電話番号：

【かかりつけの医療機関】

病院名		担当者	
住 所		連絡先	

【その他の関係機関（学校・施設等）】

機関名		担当者	
住 所		連絡先	

余暇の過ごし方・遊び

記入日： 年 月 日（ ）

◆ 好きな遊び・お気に入り ◆

【室内】
【屋外】
【注意点・配慮点】

◆ 嫌いな遊び・苦手なこと ◆

【内容／具体例】
【注意点・配慮点】

コミュニケーション

記入日： 年 月 日（ ）

【本人からの意思表示・感情表現】 ※要求や拒否の表し方を記入しましょう

◆ 意思表示の手段は？

(普通に会話をする・単語で話す・文字を書く・絵カードや写真・ジェスチャーetc)

◆ 具体的にはどう表現する？

【本人への指示・伝達手段】 ※指示や禁止の伝え方を記入しましょう。

◆ 本人への伝達手段は？

(言葉かけのほうが良い・紙で書いて伝えるほうが良い・絵カードや写真などの道具etc)

◆ 具体的にはどう表現する？

【その他、特徴や助けになること】

【文字・時計・触覚について】

①文字は A 読めない B ひらがななら読める C 漢字交じりでも読める

②時計は A 読めない B 読める (デジタル ・ アナログ ・ 両方)

③触られることが A 嫌い B 気にしない

パニック・こだわり

記入日： 年 月 日 ()

状態	※パニックの原因やきっかけ、こだわりの特徴などを記入
対応方法	※パニックへの対処方法または予防方法、その他注意する点などを記入
状態	
対応方法	
状態	
対応方法	
状態	
対応方法	

食 事

記 入 日： 年 月 日（ ）

◆ 好きな食べ物 ◆

【内容／具体例】

◆ 嫌いな食べ物 ◆

【内容／具体例】

◆ 食べてはいけない物 ◆

【内容／具体例】

※アレルギーなどで絶対に食べてはいけないものには、赤のマーカで線を引くなど目立つようにしておきましょう。

◆ 食事の時の注意点 ◆

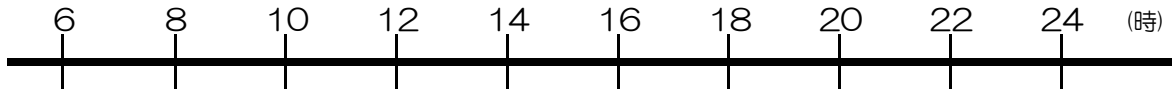
【注意・配慮点】

【外食時の注意点】

生活状況（1日の流れ）

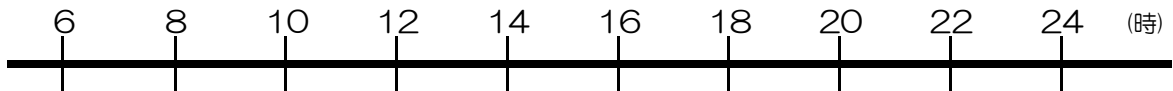
記入日： 年 月 日（ ）

◆ 平日の1日の過ごし方 ◆



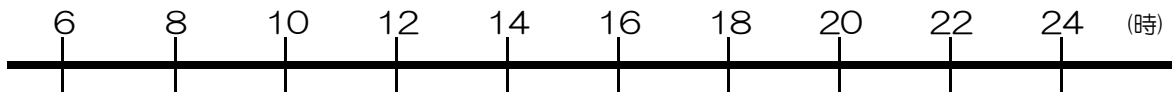
【特記事項】

◆ 休日の1日の過ごし方 ◆



【特記事項】

◆ その他の1日の過ごし方（例：夏期休暇等の長期の休み） ◆



【特記事項】

基本的生活習慣

記入日： 年 月 日 ()

◆ トイレ (排泄) ◆

意思表示	A できない	B 意思表示が時々できる	C 完全にできる
排泄処理	A できない	B ある程度介助すればできる	C 完全にできる
注意点 配慮点			

◆ おむつ ◆

使用有無	A 使用する	B 使用しない
取替時間		
注意点 配慮点		

◆ 着替え ◆

着 脱	A できない	B ある程度介助すればできる	C 完全にできる
注意点 配慮点			

◆ その他 ◆

--

宿泊時の生活習慣

記入日： 年 月 日（ ）

◆ お風呂 ◆

入浴	A できない	B ある程度介助すればできる	C 完全にできる
注意点 配慮点			

◆ 洗面・歯磨き ◆

洗面	A できない	B ある程度介助すればできる	C 完全にできる
歯磨き	A できない	B ある程度介助すればできる	C 完全にできる
注意点 配慮点			

◆ 就寝・目覚め ◆

睡眠の パターン	起床時間	起床時間
	照明	投薬
就寝時の 習慣		
目覚めの 状況		
その他の 注意点		

持病・投薬など

記入日： 年 月 日 ()

【病名】	
【症状と対処法】	
【薬の種類／投薬の時間】 薬の種類： 投薬の時間：	
【かかりつけの医療機関】	
病院名	住所
担当医師	電話番号

【病名】	
【症状と対処法】	
【薬の種類／投薬の時間】 薬の種類： 投薬の時間：	
【かかりつけの医療機関】	
病院名	住所
担当医師	電話番号

m e m o

A series of horizontal dashed lines for writing, spaced evenly down the page.

本人のあゆみ

- ◆生活の記録
- ◆受診歴／検査歴
- ◆療育・相談歴
- ◆教育歴
- ◆職業訓練～就労に向けて～
- ◆仕事の記録（職歴）
- ◆身長・体重の記録
- ◆ソーシャルサポート状況（福祉支援）

生育の記録

〔記入日： 年 月 日〕〔記入者： 〕

1 妊娠中、出産時の状況

妊娠中の母親の状態 (胎児の発育など)			
分娩時の状態			
在胎期間		出産時体重	
出産した病院の情報	病院名： 担当医師名：		
その他 特記事項			

2 乳幼児期の状況／発育歴

動作	できた時期	動作	できた時期
首が座る	歳 ヶ月頃	寝返り	歳 ヶ月頃
おすわり	歳 ヶ月頃	はいはい	歳 ヶ月頃
つかまり立ち	歳 ヶ月頃	一人で歩く	歳 ヶ月頃
あやすと笑う	歳 ヶ月頃	目で物を追う	歳 ヶ月頃
呼ぶと振り向く	歳 ヶ月頃	アーアーと声を出す	歳 ヶ月頃
人まねをする	歳 ヶ月頃	意味のある言葉	歳 ヶ月頃
二語文開始	歳 ヶ月頃	会話のやりとり	歳 ヶ月頃
その他 特記事項			

3 現在までにかかった主な病気／予防接種の記録

(1) 幼児期にかかる病気の記録／予防接種の有無

病気の種類	病気にかかった有無	予防接種の有無
水ぼうそう	有 (歳の時) ・ 無	有 ・ 無
はしか	有 (歳の時) ・ 無	有 ・ 無
おたふくかぜ	有 (歳の時) ・ 無	有 ・ 無
風疹 (三日はしか)	有 (歳の時) ・ 無	有 ・ 無
その他 特記事項		

(2) 予防接種の記録

ポリオ	有 ・ 無	日本脳炎	有 ・ 無
三種混合	有 ・ 無	BCG接種	有 ・ 無
その他の予防接種			

(3) その他の病気の記録

病気の種類	病気にかかった有無	症状が現れた時期
てんかん発作	有 (現在も) ・ 有 (過去にも) ・ 無	歳頃
ぜんそく発作	有 (現在も) ・ 有 (過去にも) ・ 無	歳頃
アトピー性皮膚炎	有 (現在も) ・ 有 (過去にも) ・ 無	歳頃
中耳炎	有 (現在も) ・ 有 (過去にも) ・ 無	歳頃
その他の病気		

職業訓練 ～就労に向けて～

※就労に向けた参考資料になるよう、職業訓練の記録や本人の特徴等を整理しておきましょう。

◆ 職業訓練・職業体験歴 ◆

年月日・期間	訓練場所	作業内容	感想・評価 等

◆ 本人が得意な作業や仕事 ◆

--

◆ 本人が苦手な作業や仕事 ◆

--

◆ 希望する職種や作業内容・就労条件 ◆

--

仕事の記録（職歴）

◆ 仕事の記録（職歴） ◆

※福祉就労、一般就労、パート・アルバイトなどの履歴を記入しましょう。

在 職 期 間	会 社 ・ 機 関 名
年 月 ～ 年 月	
〔内容・特記事項〕	
年 月 ～ 年 月	
〔内容・特記事項〕	
年 月 ～ 年 月	
〔内容・特記事項〕	
年 月 ～ 年 月	
〔内容・特記事項〕	

ソーシャルサポート状況（福祉支援）

〔記入日〕 年 月 日

◆ 手帳の取得状況 ◆

療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2	
	取得年月日	年 月 日
	番 号	第 号
精神障害者 保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級	
	取得年月日	年 月 日
	番 号	第 号
身体障害者手帳	視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ・ 内部	
	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級	
	取得年月日	年 月 日
	番 号	第 号

◆ 利用している福祉制度やサービス ◆

福祉制度名／サービス名（デイサービス等）	担当者名

相談・成長記録

◆ 相談の記録

◆ 成長の記録

相談の記録

相談年月日		相談機関名 (担当者名)	
相談したい こと			
受けた アドバイス			
相談年月日		相談機関名 (担当者名)	
相談したい こと			
受けた アドバイス			

相談の記録

相談年月日		相談機関名 (担当者名)	
相談したい こと			
受けた アドバイス			
相談年月日		相談機関名 (担当者名)	
相談したい こと			
受けた アドバイス			

成長の記録

相談年月日		内 容	
成長の記録			
相談年月日		内 容	
成長の記録			
相談年月日		内 容	
成長の記録			
相談年月日		内 容	
成長の記録			

成長の記録

相談年月日		内 容	
成長の記録			
相談年月日		内 容	
成長の記録			
相談年月日		内 容	
成長の記録			
相談年月日		内 容	
成長の記録			

m e m o

この「memo」欄は、保護者の方が、支援者に望むことや本人の将来への思いなどを記載できるよう設けています。ご自由に利用してください。



