

～ライフステージを通じた支援のために～

# さんさんリレーファイル



平成23年3月改訂版

宮崎県教育委員会

# はじめに

この「さんさんリレーファイル」は、特別な支援や配慮を必要とする子ども達の成長や現状を整理し、家族をはじめ、医療・保健・福祉・教育・行政機関など本人の支援に関わる支援者が本人の特性やニーズを共通理解しながら、ライフステージを通して一貫した支援を行うことを目的として作成しました。

## 記入について

- すべての項目を記入する必要はありません。子どもの支援にとって必要と思われる情報のみを整理していきます。子どもの特性や伝えたい情報に応じて項目や内容を追加したり、削除したりしてもかまいません。
- すべての項目を保護者が記入しなければならないわけではありません。保育や教育の様子など、支援者でなければ分からない内容については、支援者に協力を求めてみましょう。  
また、「個別の指導計画」や「指導の記録」等、子どもの様子や支援内容が分かるものがあれば、代用してもかまいません。分からないことは、身近な支援者と相談しながら一緒に作成していきましょう。  
※ 詳しくは次ページからの『さんさんリレーファイルQ&A』をご参照下さい。

## 保管・使用上の注意

- 原則として、ご本人・保護者、またはそれに変わる立場の方が責任をもって、厳重にファイルを保管して下さい。
- 記載する内容は、大変重要な個人情報です。プライバシーの保護など、個人情報の取り扱いには十分注意して下さい。

## その他

- このファイルの用紙は、宮崎県教育委員会、または、障がい福祉課のホームページからダウンロードできます。必要な用紙をダウンロードして、ファイルに継ぎ足して下さい。
- 手帳類（母子手帳、療育手帳等）や診察券等の保管には、ファイル用クリアポケットを活用すると便利です。

## 支援機関の皆様へ（お願い）

このファイルは、子どもの支援を引き継いでいくために必要な情報を整理していくことを目的としています。保護者が把握しにくい内容につきましては、支援機関の皆様にご協力をお願いしなければならないことがあるかもしれません。趣旨をご理解頂き、ご協力下さいますようお願い致します。



# さんさんリレーファイルQ&A



## Q1 『さんさんリレーファイル』はどのような人を対象に活用しますか？

障がいや病気の有無にかかわらず、学校や地域生活において特別な支援や配慮を必要とする人のために活用します。

## Q2 『さんさんリレーファイル』は誰が作るのですか？

基本的には、保護者が主体となって作成していきます。記入の際には、本人の思いや願いも反映していくことも大切です。また、保育や教育、医療や福祉サービスの内容など、保護者が把握しにくい内容については、支援者に協力をお願いしていくことも大切です。

保護者が一人で抱え込まず、身近な支援者と相談しながら作成していくことが大切です。



## Q3 『さんさんリレーファイル』は誰が保管しますか？

原則として、保護者やご本人、またはそれに変わる立場の方（後見人等）が責任を持って保管します。記載する内容は、大変重要な個人情報ですので、プライバシーの保護など十分な注意が必要です。

## Q4 『さんさんリレーファイル』はどんなことに役立ちますか？

『さんさんリレーファイル』は支援をつないでいくためのツール（道具）です。『さんさんリレーファイル』を整理していくことで、これまでどのような支援を受けてきたのか、どのような支援を必要としているのか、新たに関わる支援者に情報を伝えやすくなり、新しい相談機関に行くたびに同じことを何度も始めから説明しなくてすむようになります。

また、教育の場においては『個別の指導計画』や『個別の教育支援計画』を作成する上での重要な情報源となります。『さんさんリレーファイル』は子どもの支援に関わる人たちと情報を共有することに役立ちます。

## Q5 『さんさんリレーファイル』はすべて記入しなければならないのでしょうか？

すべての項目を記入する必要はありません。子どもの支援にとって必要と思われる項目を選択して活用します。子どもの特性や伝えたい情報に応じて、項目や内容をつけ加えたり、削除したりしてもかまいません。子ども一人一人特性は異なりますので、オリジナリティも大切です。

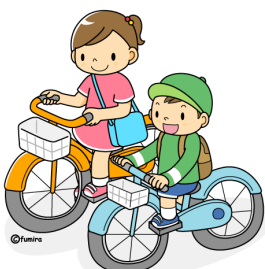
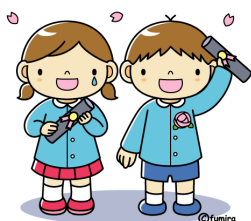
## Q6 『さんさんリレーファイル』はいつから作成したらいいのでしょうか？

記入開始に決まった時期はありません。保護者の方が「子どもの特性を周囲の人に理解してもらいたい」「子どもにとって必要な支援を継続して行ってもらいたい」と思われた時に『さんさんリレーファイル』を活用しはじめることが望ましいと考えられます。

必ずしも過去にさかのぼって記入する必要はありませんが、小さい頃のエピソードが支援の手がかりとなることもあります。無理のない範囲で記入して下さい。

## Q7 エピソード記録にはどんなことを書いたらいいのでしょうか？

子どもが初めて体験したことやできるようになったこと、家族旅行や学校行事など成長の過程を記録します。子どもの様々な成功体験や失敗経験が、後々の支援の手がかりとなることもあります。「こうしたら、うまくできた」など支援のポイントが記録されると大変参考になります。アルバム風に用紙に写真を貼って、記録を残すなど工夫してみてもいいかもしれません。



## Q8 パソコンで入力して作成していきたいのですが、どうしたらいいのでしょうか？

「スペースが狭くて書きづらい」「子どもの特性に合わせてアレンジしたい」という方には、パソコンを使って整理していくことをお勧めします。宮崎県教育委員会、または、障がい福祉課のホームページに Word・Excel 版の用紙が掲載されていますので、ダウンロードしてご活用下さい。

### ☆上手な活用の仕方☆

- 手帳類（母子手帳、療育手帳等）や診察券等の保管には、ファイル用クリアポケットを一緒に綴じ込んでおくとう便利です。
- 子どもの苦手なところだけにとらわれず、得意なことや楽しんで取り組めることに目を向けることが大切です。『さんさんリレーファイル』が子どもの力を引き出す“支援のヒント集”として活用されることが望まれます。

## さんさんリレーファイル用紙一覧

チェック	ファイル名	ファイルの種類	ページ数	記入例
<input type="checkbox"/>	表紙・はじめに	Word	2	—
<input type="checkbox"/>	さんさんリレーファイルQ&A	Word	2	—
<input type="checkbox"/>	さんさんリレーファイル用紙一覧	Word	1	—
<input type="checkbox"/>	プロフィール	Word	2	あり
<input type="checkbox"/>	生育歴（乳幼児期）	Excel	2	あり
<input type="checkbox"/>	既往歴（病歴・手術歴）	Excel	2	あり
<input type="checkbox"/>	所属歴	Word	3	あり
<input type="checkbox"/>	医療情報Ⅰ（基本情報）	Excel	1	あり
<input type="checkbox"/>	医療情報Ⅱ（薬について）	Excel	1	あり
<input type="checkbox"/>	医療情報Ⅲ（病状・対応について）	Excel	2	あり
<input type="checkbox"/>	関係機関への相談歴	Word	1	あり
<input type="checkbox"/>	福祉サービスの利用について	Excel	2	あり
<input type="checkbox"/>	日常生活について	Word	3	あり
<input type="checkbox"/>	コミュニケーションについて	Word	1	あり
<input type="checkbox"/>	感覚の特性について	Word	1	あり
<input type="checkbox"/>	行動の特性について	Word	1	あり
<input type="checkbox"/>	支援のヒント集	Word	1	あり
<input type="checkbox"/>	食事介助について	Excel	1	なし
<input type="checkbox"/>	介助を必要とする移動運動感覚について	Excel	2	あり
<input type="checkbox"/>	就学前の記録	Word	3	あり
<input type="checkbox"/>	小学校（小学部）の記録	Word	3	あり
<input type="checkbox"/>	中学校（中学部）の記録	Word	3	あり
<input type="checkbox"/>	高校（高等部）の記録	Word	3	あり
<input type="checkbox"/>	成人期の記録	Word	3	なし
<input type="checkbox"/>	職業訓練の記録	Word	1	あり
<input type="checkbox"/>	就労の記録	Word	1	なし

※ すべての項目を記入する必要はありません。子どもの支援に必要な情報のみを選択して整理していきます。ファイルに綴じ込んだ用紙にチェックを入れましょう。

※ 記入例はPDFファイルで保存されています。

※ 必要に応じて増し刷りしてご活用下さい。

「プロフィール」は、このファイルを最初に記入した時の状況について書いて下さい。  
 その他は、必要な時や変化があった時などにそのつど書いてください。



# 1. プロフィール

記入日 (      年   月   日 )      記入者 (                      )

ふりがな 子どもの名前	(男・女)	愛称	日頃の呼び方
住 所		生年月日	年   月   日

家族の 状 況	氏 名	続 柄	生年月日 (年齢)	職 業	同居の別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別

緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	備考

診断名など	診断を受けた日	医療機関	医師
	年   月   日   歳		
	年   月   日   歳		
	年   月   日   歳		
	年   月   日   歳		



## 長所・特技



\*子どものいいところをたくさん見つけてみましょう！

## 好きなこと

## 苦手なこと

## 余暇の過ごし方





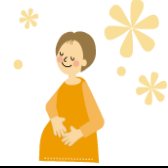
# 生育歴（乳児期）

（記入年月日 年 月 日）

## 出産前

・妊娠中のこと ～気になったことや、医師から指摘されたこと～

（具体的に）



## 出産時

・出産時のこと ～気になったことや、医師から指摘されたこと～

（具体的に）

- 出産予定日（ 年 月 日）
- 出産日（ 年 月 日） 在胎週数（ 週） 自然・帝王切開
- 赤ちゃんの体重（ g）・身長（ cm）・胸囲（ cm）・頭囲（ cm）
- 分娩の経過： 頭位・骨盤位・その他（ ）
- アプガースコア：（ 点） 分後（ ）点
- 黄疸：なし・あり \*ありの場合… 軽度・中等度（光線療法）・重度（交換輸血）
- 仮死状態： なし ・ あり
- けいれん： なし ・ あり
- チアノーゼ： なし ・ あり
- 感染症： なし ・ あり
- 保育器使用： なし ・ あり（ ）日間
- 酸素使用： なし ・ あり（ ）日間
- ABR（新生児聴覚検査）： パス ・ 要再検
- そのほか（ ）



## 出生後の様子

～気になったことや、医師から指摘されたこと～

（具体的に）



## 乳幼児健診の状況（特記すること）

乳児健診	3～4ヶ月	・受けていない	・受けた（ ）
	10～11ヶ月	・受けていない	・受けた（ ）
	（ ）ヶ月	・受けていない	・受けた（ ）
1歳半健診	・受けていない	・受けた（ ）	
3歳児健診	・受けていない	・受けた（ ）	
	・受けていない	・受けた（ ）	



## 発達の様子

●母乳・ミルクの飲み方      普通・弱・その他（具体的に： 歳  月  日）

●運動・発達について

・人に対して微笑む（ 歳  月）・「アー」「ウー」等の声を出す（ 歳  月）

・首がすわる（ 歳  月）      ・目の前のものを目で追う（ 歳  月）

・あやすと笑う（ 歳  月）      ・寝返り（ 歳  月）

・お座り（ 歳  月）      ・人見知り（ 歳  月）

・はいはい（ 歳  月）      ・つかまり立ち（ 歳  月）

・指さし（ 歳  月）      ・バイバイと手を振る（ 歳  月）

・つたい歩き（ 歳  月）      ・ひとりで歩く（ 歳  月）



・断乳（または、哺乳ピンのミルクをやめた）（ 歳  月）

・おしっこやうんちの予告をする（ 歳  月）

・おむつがはずれる（昼・おしっこ）（ 歳  月）

・おむつがはずれる（夜・おしっこ）（ 歳  月）

・おむつがはずれる（昼・うんち）（ 歳  月）

・おむつがはずれる（夜・うんち）（ 歳  月）



・1人でパンツを脱ぐ（ 歳  月）・靴を1人ではく（ 歳  月）

・まねてOを書く（ 歳  月）      ・上着を自分で脱ぐ（ 歳  月）

・ボタンをはめる（ 歳  月）      ・ジャンケンで勝負を決める（ 歳  月）

・ひとりで着衣ができる（ 歳  月）

・ごっこ遊びをする（ 歳  月頃）・左右がわかる（ 歳  月）

●初めての言葉（ワンワン、プープー など）      （ 歳  月頃）

（言った言葉：）

●2つ以上言葉を続けて言う（「ワンワン行った」など）      （ 歳  月頃）

（言った言葉：）

●オムツの使用      （ 歳頃まで）

特記事項	
------	--



# 既往歴（病気などの記録）

（記入年月日 年 月 日）

## ☆感染症

病名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻疹（はしか）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
風しん（三日はしか）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
おたふくかぜ	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
結核	BCG済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	

予防接種は母子健康手帳を参照



## ☆大きな病気、ケガなど（入院，通院，手術などが必要なもの）

病名	かかった時期	医療機関	備考	
			通院	入院
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
		医師名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし・あり	年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
		医師名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし・あり	年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
		医師名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし・あり	年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
		医師名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし・あり	年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
		医師名	なし・あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし・あり	年 月 日, 年 月 日
			その他	

病名	かかった時期	医療機関	備考	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名 医師名	通院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし・あり 年 月 日, 年 月 日
			その他	

# 所属歴（幼児期）



保育所 幼稚園 通園施設など

施設名	所属期間	備考	
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	組	
		組	
		組	
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	組	
		組	
		組	
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	組	
		組	
		組	
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	組	
		組	
		組	
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	組	
		組	
		組	

療育機関 習い事等

機関名	所属期間 頻度	内容	担当者
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月 回 /		
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月 回 /		
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月 回 /		
TEL ( ) -	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月 回 /		

# 所属歴（学齢期）



小学校 特別支援学校

学校名	所属期間	備考	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	1年生	
		2年生	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	3年生	
		4年生	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	5年生	
		6年生	

特別支援学級在籍 なし ・ あり （期間 ～ ）

中学校 特別支援学校

学校名	所属期間	備考	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	1年生	
		2年生	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	3年生	

特別支援学級在籍 なし ・ あり （期間 ～ ）

高等学校 特別支援学校

学校名	所属期間	備考	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	1年生	
		2年生	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	3年生	

大学 専門学校等

学校名	所属期間	備考	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月		
TEL ( ) -	年 月～ 年 月		
TEL ( ) -	年 月～ 年 月		

# 所属歴（成人期）



職歴

勤務先	所属期間	仕事内容
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	
TEL ( ) -	年 月～ 年 月	



# 医療情報 I

(記入年月日 年 月 日)



## 保険等

健康保険証記号番号		乳幼児医療費受給者証	
(国保・健保(政・組)・その他( ) )	公費負担者番号	受給者番号	

## かかりつけの医療機関

医療機関名	診療科	連絡先	主治医名
		【Tel】 ( ) -	
		【Tel】 ( ) -	
		【Tel】 ( ) -	
		【Tel】 ( ) -	
		【Tel】 ( ) -	

## どのような体質ですか (〇をしてください)

<input type="checkbox"/>	かぜをひきやすい	<input type="checkbox"/>	かぶれやすい (部位: )
<input type="checkbox"/>	下痢をしやすい	<input type="checkbox"/>	関節がぬげやすい (部位: 肘 肩 その他 ) 左・右
<input type="checkbox"/>	便秘しやすい	<input type="checkbox"/>	アレルギー ( )
<input type="checkbox"/>	よく吐く	<input type="checkbox"/>	その他 ( )

## 受診の際に気をつけてほしいこと



	病院内での主な様子	本人への治療方法の伝え方	その他注意してほしいこと
待合室			
診察室			
注射			







# 医療情報Ⅲ

(記入年月日 年 月 日)

特に気を付けてもらいたい病状 (ひきつけ、心臓病、ぜんそく、アレルギー、てんかんなど)				
病名	症状		対応	
	医療機関名	【TEL】 ( ) -		主治医
病名	症状		対応	
	医療機関名	【TEL】 ( ) -		主治医
病名	症状		対応	
	医療機関名	【TEL】 ( ) -		主治医
病名	症状		対応	
	医療機関名	【TEL】 ( ) -		主治医
病名	症状		対応	
	医療機関名	【TEL】 ( ) -		主治医

## ●特別な医療や処置

(定期的に、あるいは頻回に受けているもの)



(記入年月日 年 月 日)



処置や対応の内容 (〇をしてください)

	点滴の管理		経管栄養 (経鼻・胃ろう)
	中心静脈栄養		吸引処置 ( 回/日 一時的・継続的)
	透析		モニター測定 (酸素飽和度 血圧 心拍 )
	ストーマの処置		カテーテル (留置・コンドーム型・その他 )
	酸素療法		褥創 (床ずれ)
	レスピレーター		体位交換
	気管切開の処置		その他
	疼痛の看護		

使用している医療・処置の機器 (痰吸引器など)

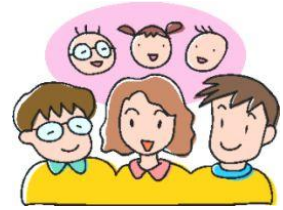


機器名称	所有	業者名・連絡先
	本人・レンタル (レンタル業者名: )	TEL: ( )
	本人・レンタル (レンタル業者名: )	TEL: ( )
	本人・レンタル (レンタル業者名: )	TEL: ( )
	本人・レンタル (レンタル業者名: )	TEL: ( )
	本人・レンタル (レンタル業者名: )	TEL: ( )

### ○安全な処置や対応のための留意事項

(上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。)

# 相談歴



相談・訓練等

機関名	相談日	相談内容（相談に至った経緯、主訴等）
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	
名称： TEL（ ）－	年 月 日 担当者：	

※相談時に受けた助言や訓練内容の詳細があれば、別紙「相談の記録」に記載しましょう

検査名	実施日	結果
検査名： 機関名：	年 月 日	
検査名： 機関名：	年 月 日	
検査名： 機関名：	年 月 日	
検査名： 機関名：	年 月 日	
検査名： 機関名：	年 月 日	

※心理検査の結果を書面でいただいた場合は一緒に綴じ込んでおくと便利です。



# 福祉情報 I

(記入年月日 年 月 日)

持っている手帳など

手帳の種類	等級等	取得日	次回判定年月
身体障害者手帳 (あり・なし)	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ( )		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ( )		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ( )		
療育手帳 (あり・なし)	A・B1・B2	年 月	年 月
	A・B1・B2	年 月	年 月
	A・B1・B2	年 月	年 月
精神障害者 保健福祉手帳 (あり・なし)	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月

福祉サービス受給者証

受給時期	区分等	サービスの種類	支給量等
年 月	あり・なし 区分 ( )		
年 月	あり・なし 区分 ( )		
年 月	あり・なし 区分 ( )		
年 月	あり・なし 区分 ( )		
年 月	あり・なし 区分 ( )		

診断の内容

診断名	診断を受けた時期	診断機関	診断内容
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		
医療補助	公費負担者番号	受給者番号	
重度心身障害者 医療費受給者証 (あり・なし)			
自立支援医療 (育成・更生・精神通院) (あり・なし)			
小児慢性特定 疾患医療受給券 (あり・なし)			

## 福祉情報Ⅱ

受給している手当など

福祉手当	あり・なし	受給期間	
特別児童扶養手当	(あり・なし)	年 月～	年 月
障がい児福祉手当	(あり・なし)	年 月～	年 月
その他 ( )		年 月～	年 月
その他 ( )		年 月～	年 月

### 年金受給

年金の種類	受給期間
年金 級	年 月(歳)～ 年 月(歳)
年金 級	年 月(歳)～ 年 月(歳)
年金 級	年 月(歳)～ 年 月(歳)

### その他収入

収入	受給時期
勤労・福祉手当等 ( )	年 月(歳)～ 年 月(歳)
勤労・福祉手当等 ( )	年 月(歳)～ 年 月(歳)
勤労・福祉手当等 ( )	年 月(歳)～ 年 月(歳)

### 福祉サービス事業所利用状況

#### 幼児期

事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	

#### 学齢期

事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	

#### 成人期

事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	
TEL ( ) -	年 歳～ 歳 月 月	

※福祉サービスの利用状況については受給者証を参照

# 日常生活

(記入日 年 月 日)



## 食事

好きな食べ物

苦手な食べ物



食べてはいけないもの(アレルギー等)

- スプーンやフォークを使ってこぼさずに食べることができる。
- 箸を使って食べることができる。
- 食事を採るのに特殊な食器類が必要である。
- 流動食や刻み食など食べやすくするための加工が必要である。

具体的な支援の方法や配慮事項



# トイレ



一人でできること	支援や配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> 尿意や便意を伝えることができる。	
<input type="checkbox"/> 男女のトイレの区別ができる。	
<input type="checkbox"/> スポンやパンツの着脱ができる。	
<input type="checkbox"/> 衣服を汚さずに用をたすことができる。	
<input type="checkbox"/> 用便後、手洗いができる。	
<input type="checkbox"/> お尻を出さずに用をたすことができる。(男)	
<input type="checkbox"/> 生理の処理ができる。(女)	
<input type="checkbox"/>	

# 着がえ

一人でできること	支援や配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> スポンやパンツ、スカートの着脱ができる。	
<input type="checkbox"/> 靴下をはくことができる。	
<input type="checkbox"/> シャツや上着の着脱ができる。	
<input type="checkbox"/> 左右を間違えずに靴を履くことができる。	
<input type="checkbox"/> ベルトを着けることができる。	
<input type="checkbox"/> 身だしなみを整えることができる。	
<input type="checkbox"/> 気温に合わせて服を選ぶことができる。	
<input type="checkbox"/>	

# 入浴

一人でできること	支援や配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> 体を洗うことができる。	
<input type="checkbox"/> シャワーを使って頭を洗うことができる。	
<input type="checkbox"/> シャンプーやリンス、せっけん等を使い分けることができる。	
<input type="checkbox"/> 体をタオルで拭くことができる。	
<input type="checkbox"/> 脱いだ服の後始末ができる。	
<input type="checkbox"/> 入浴後の衣服の準備をすることができる。	
<input type="checkbox"/>	

# 睡眠



一人でできること	支援や配慮が必要なこと
◇ おおよその就寝時間（ 時 ～ 時）	
<input type="checkbox"/> 布団の準備や片づけができる。	
<input type="checkbox"/> 就寝にふさわしい衣服に着替えることができる。	
<input type="checkbox"/> 一人で寝ることができる。	
<input type="checkbox"/> 目覚まし時計をセットすることができる。	
<input type="checkbox"/> 目覚まし時計で起きることができる	
<input type="checkbox"/>	

# 洗面

一人でできること	支援や配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> 手を洗うことができる。	
<input type="checkbox"/> 顔を洗うことができる。	
<input type="checkbox"/> 歯磨きができる。	
<input type="checkbox"/> うがいをすることができる。	
<input type="checkbox"/> クシを使って髪をとかすことができる。	
<input type="checkbox"/> ドライヤーを使うことができる。	
<input type="checkbox"/> 耳掃除をすることができる。	
<input type="checkbox"/>	

# 移動

一人でできること	支援や配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> 階段の登り降りができる。	
<input type="checkbox"/> 歩道や横断歩道を安全に歩行することができる。	
<input type="checkbox"/> 交通ルールを守ることができる。	
<input type="checkbox"/> 安全に自転車に乗ることができる。	
<input type="checkbox"/> エレベーターやエスカレーターを利用できる。	
<input type="checkbox"/> バスや電車など公共の交通機関を利用することができる。	
<input type="checkbox"/>	

※ 足りない項目もあると思いますので、空欄に必要な項目があれば書き加えて下さい。



# コミュニケーション

(記入日 年 月 日)

## 相手から本人に伝えるとき

- 日常生活で用いる簡単な指示はほとんど理解できる。
- 視覚的な支援（絵カード、手話等）があると理解しやすい。
- 具体物を見せたり、行動でモデルを示したりすると理解しやすい。

### 理解を促す具体的な支援の方法や配慮すべき点

## 本人から相手に伝えるとき

- 自分の意思を言葉で表現することは苦手である。
- 本人独特の伝え方がある。
- 絵カード、トーキングエイド等、意思表示のための支援機器を利用している。

### コミュニケーションの特徴や理解のためのポイント



# 感覚の特性

(記入日 年 月 日)

人によって、周囲の状況のとらえ方や感じ方が異なります。  
一人ひとりの感じ方の違いを理解することが大切です。

## 感覚特性チェック

感覚特性の例 (あてはまる欄に○をつけてみましょう)	むしろ 正反対である	あてはまら ない	少し あてはまる	とても あてはまる
特定の味覚や食感がどうしても受けつけられない。				
食べるものが偏っていて、特定のものしか食べない。				
大きな音（または声）や特定の音を極端に嫌がる。				
デパートなど人混みが苦手である。				
視覚情報に気を取られやすい。				
人から触られることを極端に嫌がる。				
散髪や爪切りなど極端に嫌がる。				
臭いが気になって他のことに集中できないことがある。				
暑さや寒さに対して過敏である。				
クルクル回ったり、揺れたりする遊びが好きである。				

\* 感覚特性には他にもたくさんの例があります。お子さんの具体的な感覚特性を書いてみましょう。

## 具体的な感覚特性やエピソード

《記入例》手や衣服に汚れや水がついてしまうと気になって、着がえすにはいられなくなる。

※ 感覚の特性に対する支援や対応の仕方が整理できたら、次ページの『支援のヒント集』に具体的な支援方法や配慮事項を書き込んでいきましょう。



# 行動の特性

(記入日 年 月 日)

## 行動特性の例

<input type="checkbox"/> 特定の物や行動にこだわるところがある。	<input type="checkbox"/> 本人独特の癖や話し方がある。
<input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手。	<input type="checkbox"/> 気が散りやすい。
<input type="checkbox"/> 初めての場所や人に馴染むのに時間がかかる。	<input type="checkbox"/> 集団での行動が苦手である。
<input type="checkbox"/> 大事な物をなくしてしまうことがある。	<input type="checkbox"/> 突発的に行動してしまうことがある。
<input type="checkbox"/> 人づきあいや友達づくりが苦手である。	<input type="checkbox"/> おしゃべり好きでなかなか止まらない。
<input type="checkbox"/> カットなったり、イライラしたりしやすい。	<input type="checkbox"/> 迷子になってしまうことがある。
<input type="checkbox"/> パニックになってしまうことがある。	<input type="checkbox"/> 運動や細かな作業など不器用な面がある。
<input type="checkbox"/> 興味や関心が偏っている。	<input type="checkbox"/> 気持ちを切り替えるのに時間がかかる。
<input type="checkbox"/> 不安になったり、怯えたりすることがある。	<input type="checkbox"/> テンションが上がりやすい。
<input type="checkbox"/> 落ち込みやすい。	<input type="checkbox"/> じっとしていて、あまり動かない
<input type="checkbox"/> 人目を気にしすぎるところがある。	<input type="checkbox"/> 人目をほとんど気にしない。

\* 他にも様々な行動の特性が考えられます。本人の具体的な行動の特性を書き出してみましよう。

## 具体的な行動の特徴やエピソード

\* どんな場面で、どのようなことが理由やきっかけとなりやすいのか詳しく書いてみましょう。

※ 行動特性に対する支援や対応の仕方が整理できたら、次ページの『支援のヒント集』に具体的な支援方法や配慮事項を書き込んでいきましょう。



# 支援のヒント集

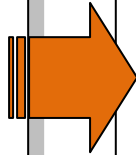
No. \_\_\_\_\_

ここでは、「こんな時、こうしたら上手くいった」という支援の方法を書き足していきます。



こんな場面で…

Blank space for writing the situation.

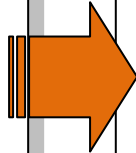


こんな支援が助かります

Blank space for writing the support method.

こんな場面で…

Blank space for writing the situation.



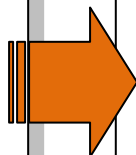
こんな支援が助かります

Blank space for writing the support method.



こんな場面で…

Blank space for writing the situation.

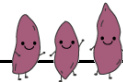


こんな支援が助かります

Blank space for writing the support method.



# 食事介助について



摂食介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
食事療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (内容:                    )
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (食品名:                    )
食物形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> みじん
	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養
とろみ	<input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 適度の水分必要 (状態:                    )
	<input type="checkbox"/> 必要    ( <input type="checkbox"/> 園で準備)
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (状態:                    )
そしゃく	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不十分    (状態:                    )
捕食 ( <input type="checkbox"/> 唇の摂取)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不十分    (状態:                    )
食事に要する時間	約                    分
食事による疲労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (程度:                    )
摂食時の姿勢	<input type="checkbox"/> いす <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 抱きかかえ
	<input type="checkbox"/> その他    (                    )
好き嫌い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
好きな食べ物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (                    )
嫌いな食べ物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (                    )
摂食時の 配慮事項	痰のからみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (状態:                    )
	咳込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (状態:                    )
	舌の突き出し <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (状態:                    )
	発作 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (状態:                    )
	眠気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    (状態:                    )
	その他

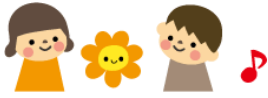




# 移動・運動に関する情報

(記入日 年 月 日)

姿勢保持	立位するとき	座位するとき	床での座り
	その他		
姿勢変換			
上肢の動き			
下肢の動き			
移動	室内		
	室外		
使用している 補助的機器			



# 感覚に関する情報



(記入日 年 月 日)

		対処方法, 配慮すること
まひの有無	なし あり ( )	
視 覚		
聴 覚		
触 覚		
臭 覚		
味 覚		
日常生活用具	補聴器・眼鏡・車椅子・座位保持装置 その他 ( )	
その他		

# 就学前【 歳】

園名等		クラス担任	
園外の主な支援機関	(機関名)		(担当者)
	(機関名)		(担当者)
	(機関名)		(担当者)

## 1 家庭や地域での様子

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・歯磨き・洗面等）
② 遊びや興味・関心について
③ ことばやコミュニケーションについて
④ その他

※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

## 2 エピソード記録 ～ 歳～

日付	出来事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※ 初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

※ 用紙が足りない場合は、増し刷りしてご利用下さい。

3 園の記録 ～ 歳～

記入者 ( )

		本児の様子	支援の手立て・配慮事項	支援の成果と課題
身辺自立	食事			
	着替え			
	排泄			
いじりば				
遊び				
人との関わり				
集団行動				
運動				

※既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

※子どもの成長や変容の状況に合わせて、学期毎や一年間毎など評価の期間を調整して下さい。

## 小学校（小学部）【 年生】

学 校	学校	学級担任	
在 籍	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ <input type="checkbox"/> 知的・ <input type="checkbox"/> 情緒） <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
在籍校特別支援教育コーディネーター			
学校外の主な支援機関			

### 1 家庭や地域での様子 ※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・片づけ・手伝い等）
② 興味や関心（趣味や特技）
③ 放課後や休日の過ごし方
④ 本人の気持ち（願い、悩み、困っていること等）

## 2 エピソード記録～小学（小学部） 年生～

日付	出来事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※ 初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

※ 用紙が足りない場合は、増し刷りしてご利用下さい。

### 3 学校の記録～小学（小学部） 年生～記入者（ ）

	本児の様子	支援の手立て・配慮事項	支援の成果と課題
生活面			
学習面			
対人面			
その他			

※ 既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

※ 子どもの成長や変容の状況に合わせて、学期毎や一年間毎など評価の期間を調整して下さい。



## 中学校（中学部）【 年生】

学 校		学級担任	
在 籍	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ <input type="checkbox"/> 知的・ <input type="checkbox"/> 情緒） <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
在籍校特別支援教育コーディネーター			
学校外の主な支援機関			

### 1 家庭や地域での様子 ※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・片づけ・手伝い等）
② 興味や関心（趣味や特技）
③ 放課後や休日の過ごし方
④ 本人の気持ち（願い、悩み、困っていること等）

## 2 エピソード記録～中学（中学部） 年生～

日付	出来事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※ 初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

※ 用紙が足りない場合は、増し刷りしてご利用下さい。

### 3 学校の記録～中学（中学部） 年生～記入者（ ）

	本人の様子	支援の手立て・配慮事項	支援の成果と課題
生活面			
学習面			
対人面			
部活動等			

※ 既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

※ 子どもの成長や変容の状況に合わせて、学期毎や一年間毎など評価の期間を調整して下さい。

## 高等学校（高等部）【 年生】

学 校	学校	学級担任	
学科・コース等			
在籍校特別支援教育コーディネーター			
学校外の主な支援機関			

### 1 家庭や地域での様子 ※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

① 生活・自立面（睡眠・食事・着替え・入浴・片づけ・手伝い等）
② 興味や関心（趣味や特技）
③ 放課後や休日の過ごし方
④ 本人の気持ち（願い、悩み、困っていること等）

## 2 エピソード記録～高校（高等部） 年生～

日付	出来事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※ 初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

※ 用紙が足りない場合は、増し刷りしてご利用下さい。

### 3 学校の記録～高校（高等部） 年生～ 記入者（ ）

	本人の様子	支援の手立て・配慮事項	支援の成果と課題
生活面			
学習面			
対人面			
部活動等			

※ 既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

※ 子どもの成長や変容の状況に合わせて、学期毎や一年間毎など評価の期間を調整して下さい。

# 成人期

※ 生活状況に大きな変化や節目があったときに書き換えましょう。

## 1 生活状況

記入日( 年 月 日) 記入者( )

居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家(アパート・公営住宅等) <input type="checkbox"/> 寄宿舍・寮 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 福祉施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
主な移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
日常生活 (身辺自立)	食 事	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	洗 濯	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	片づけ	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	排泄・排尿	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	入 浴	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	身だしなみ	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	買い物・外出	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	主な支援者	
本人の 願いや目標		
主な日中活動	場 所	
	内 容	
	主な支援者	
余暇活動 趣味・特技		
金銭管理	支援者	

## 2 エピソード記録 ～成人期～

日付	出来事
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

※ 初めて体験したことやイベント事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

※ 用紙が足りない場合は、増し刷りしてご利用下さい。



### 3 支援者のページ

支援機関名		支援者	
主な支援内容			
支援する上でのポイント・配慮事項			

支援機関名		支援者	
主な支援内容			
支援する上でのポイント・配慮事項			

※ 支援者同士が情報を共有するために作成しています。ご協力をお願いします。

※ 用紙が足りない場合は、増し刷りしてご活用下さい。

◇職業訓練の記録◇ 記入日( 年 月 日) 記入者( )

機関名			(代表者)	
住 所				
連 絡 先	TEL		FAX	
指導者				
居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家(アパート・公営住宅等) <input type="checkbox"/> 寄宿舍・寮 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 福祉施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <div style="text-align: right;">移動所要時間( 時間 分)</div>			
本人の 就労への願い				
主な訓練内容				
指導目標・課題				
支援・配慮事項				
相談・支援機関	機関名		担当者	
	機関名		担当者	

# ◇就労の記録◇

記入日（ 年 月 日） 記入者（ ）

会社名				(代表者)
住所				
連絡先	TEL	FAX		
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ） 1日（ ）時間 週（ ）日 週休（ ）日			
報酬	<input type="checkbox"/> 時給（ ）円 <input type="checkbox"/> 日給（ ）円 <input type="checkbox"/> 月給（ ）円	その他 （ ）		
通勤手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 通勤所要時間（ 時間 分）			
主な業務内容				
業務遂行上の課題				
支援・配慮事項				
相談・支援機関	機関名		担当者	
	機関名		担当者	
	機関名		担当者	