



サポートマップ

ふりがな

氏名

記入日

生年月日

年（西暦

年）

月

日（

歳）

性別

かかりつけ医

その他の医療機関

発達についての相談・医療機関

発作・アレルギー・
医療的ケアの情報など

わたしの願い

お友達など

（良く遊ぶお友達など）

日中の生活基点

（例 幼稚園・保育園や学校）



相談支援事業所

キーパーソン

家族の願い

行政機関

福祉サービス

地域との関わり・余暇活動



週間予定表

ふりがな

氏名

記入日

普段の生活の、一日の大きなスケジュールを書いておきましょう。(日中や夕方の過ごし方、食事や睡眠の時間など。)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
6:00							
8:00							
10:00							
12:00							
午後							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
夜間							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							
その他							



わたしのこと

ふりがな

氏名

記入日

わたしの願い・夢

年齢

歳

身長

cm

体重

kg

*性格・特技

※写真を貼って
下さい

*日中過ごす場所

(学校・事業所等)

電話

*夜間過ごす場所

(短期入所・グループホーム等)

電話

*好きなこと・苦手なこと

<遊び>

<食べ物>

<独特なこだわり>

すぎ

にがて

*困ったとき・不機嫌なとき

(例) 子どもからのサイン・こう接してほしいな…

*おうちでの過ごし方

平日

休日

*家族の願い・想い・大事にしていること

<支援者へ向けて伝えたいこと>

<本人へ向けて伝えたいこと>

<兄弟・親族へ向けて伝えたいこと>

<後見人へ伝えたいこと>

	<h2 style="margin: 0;">わたしと家族のこと</h2>	ふりがな	
	このページは、児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所に提出し、共有してください。	氏名	
		記入日	

●わたし

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	S・H・R	年	月	日
				生			

●住所・連絡先

住所	〒 - 町 丁目 番 号	転居年月日
	電話（自宅）	
	〒 - 町 丁目 番 号	転居年月日
	電話（自宅）	
備考	〒 - 町 丁目 番 号	転居年月日
	電話（自宅）	

●家族構成（同居家族および支援に関わる別居家族等。多数の場合は、関係の深い順に記載。）

連絡順位	氏名	続柄	生年月日	居住	住所（別居の場合のみ記載）・連絡先	
1	ふりがな		SHR 年 月 日 (西暦)	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
2	ふりがな		SHR 年 月 日 (西暦)	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
3	ふりがな		SHR 年 月 日 (西暦)	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
4	ふりがな		SHR 年 月 日 (西暦)	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
5	ふりがな		SHR 年 月 日 (西暦)	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
6	ふりがな		SHR 年 月 日 (西暦)	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	

●その他の緊急連絡先

優先順位	続柄	氏名	住所（別居の場合のみ記載）・連絡先
1			
2			

●成年後見人等・成年後見監督人

分類	氏名	住所・連絡先

※分類には法定後見（後見・保佐・補助）、任意後見、監督があります。



生育・発達・健診の記録

ふりがな	
氏名	
記入日	

出生時の状況	出生順位	第 子 (父 歳 母 歳)	在胎週数	週 日
	出生体重	g	身長	cm
	胸 囲	cm	頭 囲	cm
	出産病院名等	出産病院等の種類		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産院 <input type="checkbox"/> 自宅
健康状態・経過 母・児の	妊娠中・産後の経過	特記事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> X線照射 <input type="checkbox"/> 薬剤 など)		
	産まれた時の状況	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位	<input type="checkbox"/> 経膈 or 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()	
発達の状況	栄養 (<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工)	首すわり (月)	寝返り (月)	おすわり (月)
	はいはい (月)	つかまり立ち (月)	つたい歩き (月)	ひとり歩き (月)
	人見知り (月)	始語 (歳 月)	2語文 (歳 月)	3語文 (歳 月)
子の状況	健診・相談等状況	健診等の種類	受診年月日	備考 (健康・要観察・特記事項など)
		1か月児健診	年 月 日	
		3-4か月児健診	年 月 日	
		10か月児健診	年 月 日	
		1歳6か月児健診	年 月 日	
		2歳半歯科健診	年 月 日	
	予防接種状況	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib) (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) ※ H25.4.1~定期接種 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) ※ H25.4.1~定期接種 <input type="checkbox"/> 四種混合 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 三種混合 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) ※ H28.10.1~定期接種 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 生ポリオ (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期) <input type="checkbox"/> シフテリア・破傷風 (<input type="checkbox"/> 2期) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナなど)		
自由記載欄				
その他				



手帳（障害支援区分判定歴）

ふりがな

氏名

記入日

手帳	種 類	種別等級 障害支援区分	内 容	交付日	備 考	
	身体障害者手帳					
	療育手帳					
	精神障害者保健福祉手帳					
	自立支援医療 (育成・更生・精神通院)					

●介護認定判定歴

認定年月日	事業所名	認定区分	サービス内容	備 考
		要支援 __ / 要介護 __		
		要支援 __ / 要介護 __		

	<h2 style="margin: 0;">手当・助成・年金の状況</h2>	ふりがな	
		氏名	
		記入日	

手 当	種 類	有/なし	備 考（開始時期・程度・金額など）
	特別児童扶養手当		
	児童扶養手当		
	障害児福祉手当		
	県在宅重度障害者等手当		
	市重度障害者等福祉手当		
	特別障害給付金		
	特別障害者手当		
	重症心身障害者等介護慰問金		
	産科医療補償制度		

助 成	種 類	有/なし	備 考
	未熟児養育医療		
	自立支援医療（育成医療）		
	小児慢性特定疾病医療費助成		

年 金	種 類	有（1級・2級） /なし	備 考
	障害基礎年金		
	障害厚生年金		
	心身障害者扶養共済制度		

*詳しくは、「療育すこやかガイドブック」をご参照になるか、障害福祉課へお問い合わせください。



医療情報

病院・歯科・眼科・耳鼻科・医療的ケア・薬・訪問看護

ふりがな

氏名

記入日

かかりつけ病院	病院名		診療科		通院時期 (いつから)	
	診断名 (治療内容)		主治医		通院頻度	
その他医療機関①	病院名		診療科		通院時期 (いつから)	
	診断名 (治療内容)		主治医		通院頻度	
その他医療機関②	病院名		診療科		通院時期 (いつから)	
	診断名 (治療内容)		主治医		通院頻度	
その他医療機関③	病院名		診療科		通院時期 (いつから)	
	診断名 (治療内容)		主治医		通院頻度	
医療的ケア	てんかん発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上)				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)				
	特別な医療 など	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置(回数 回/日) <input type="checkbox"/> 間歇的導尿 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> ネブライザー(吸入器) <input type="checkbox"/> その他()				
	要配慮事項 (特別な対応方法)					
薬(くすり)	種類 (内容)					
	飲み方	【飲み方】 <input type="checkbox"/> 自分で判断して飲める <input type="checkbox"/> 声かけで飲める <input type="checkbox"/> 手渡して飲める <input type="checkbox"/> 元へ運ぶ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他() 【服薬補助具の使用】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
訪問看護	事業所名		訪問頻度など			
	処置等の内容					
備考						

*入院歴は付録1-2に記載してください。

*薬剤情報(処方箋)等を挟み込むことをお勧めします。

リハビリ(機能訓練)の経過・起居動作・補装具等の使用状況など

リハビリの経過 (機能訓練の経過)						
起居動作 <small>※ 支援が必要な場合のみ チェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> 体位変換	支援 内容				
	<input type="checkbox"/> 座位保持	支援 内容				
	<input type="checkbox"/> 移乗	支援 内容				
補装具等 の使用状況	<input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 座位保持装置 <input type="checkbox"/> 座位保持いす(カーシート含む)					
	<input type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()					
特記事項						



成長のあゆみ（学齢期まで）

ふりがな	
氏名	
記入日	

乳 幼 児 期	通園先（幼稚園・保育園・通園施設）	期 間	備 考（担任など）		
		～			
		～			
		～			
		～			
エピソードやコメント欄 ～ 保護者が自由に記入 ～					
学 齢 期	小学校（支援学校小学部）	期 間	クラス (通常・支援級)	備 考（担任など）	
		～			
		～			
		～			
		～			
		～			
		～			
	エピソードやコメント欄 ～ 保護者が自由に記入 ～				
	中学校（支援学校中学部）	期 間	クラス (通常・支援級)	備 考（担任など）	
		～			
	～				
	～				
エピソードやコメント欄 ～ 保護者が自由に記入 ～					

成長のあゆみ

通知表をここに保管していきましょう。

- 小学1年
- 小学2年
- 小学3年
- 小学4年
- 小学5年
- 小学6年
- 中学1年
- 中学2年
- 中学3年



成長のあゆみ（学齢期以降）

ふりがな

氏名

記入日

学 齢 期 以 後	高校・大学など	期 間	コース	備 考（担任など）
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
成 人 期	会社・施設・事業所など	期 間	職 種など	その他（仕事内容・給料など）
		～		
		～		
		～		
		～		
				エピソードやコメント欄 ～ 保護者が自由に記入 ～
そ の 他				



福祉サービス利用歴

ふりがな

氏名

記入日

いつ? (時期や期間 歳 / 学年)	なにを? サービス名・事業所名 習い事・サークル・ 在宅者自主訓練会等	目的	備考
未 就 学 期			
学 齡 期			
学 齡 期 以 後			



日常生活の記録（１） 健康・生活

このページは、支援シートとあわせて学校に提出してください。また児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所にも提出して下さい。

ふりがな

氏名

記入日

項 目		自由記述欄
身の回りのこと	食事	<input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 手添え <input type="checkbox"/> 少しの支援 <input type="checkbox"/> 自立
	飲む	<input type="checkbox"/> スプーン (とろみ 有/無) <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手添え <input type="checkbox"/> 少しの支援 <input type="checkbox"/> 自立
	飲むもの全てをチェックして下さい <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> イオン飲料 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	着替え	<input type="checkbox"/> Tシャツ等着脱 <input type="checkbox"/> ボタン着脱 <input type="checkbox"/> ファスナー着脱 <input type="checkbox"/> 服を選ぶことができる
	排泄	小便 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要) 大便 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要)
	手洗い	<input type="checkbox"/> 手を水につけられる (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要) <input type="checkbox"/> 手をこすりあわせる (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要) <input type="checkbox"/> 手を拭く (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要)
	洗顔	<input type="checkbox"/> 顔を水につける <input type="checkbox"/> 顔を洗う <input type="checkbox"/> 顔を拭く
	入浴	身体を洗う <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手添え <input type="checkbox"/> 少しの支援 <input type="checkbox"/> 自立
		髪を洗う <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手添え <input type="checkbox"/> 少しの支援 <input type="checkbox"/> 自立
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 歯磨きをする <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手添え <input type="checkbox"/> 少しの支援 <input type="checkbox"/> 自立
	生理	開始日 (/ /) <input type="checkbox"/> 全介助 閉経日 (/ /) <input type="checkbox"/> 少しの支援 周期 (日) <input type="checkbox"/> 自立
	睡眠	<input type="checkbox"/> 乱れている <input type="checkbox"/> リズムが整っている



日常生活の記録（２） 運動・感覚

このページは、支援シートとあわせて学校に提出してください。また児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所にも提出して下さい。

ふりがな

氏名

記入日

項目		自由記述欄
運動・感覚	姿勢	いつ頃できるようになったかな？今、どこまでできるかな？おうちや学校・事業所などで、どんな支援・工夫があればできるかな？等
	移動	
	技巧	

- 仰向きで手を引いて起こすと頭をもちあげる
- 長座位ができる
- 正座できる
- つかまり立ちができる
- 立った姿勢からしゃがんで座る
- しゃがんでいることができる
- 立った状態で一回転できる
- 階段を一段とびおる
- 頭の上に本を載せて2・3歩歩ける
- さる、いぬ等の動物の姿勢のまねができる
- ブランコで立ち乗りしてこぐことができる
- 片足で立ったあと体を前に傾けても倒れないでいられる

- ねがえりができる
- はいはいができる
- つかまり立ちして移動できる
- 人につかまって歩ける
- 階段をはい上がれる
- ひとりで歩ける
- ぴよんぴよんとびができる
- つま先で歩ける
- でんぐりがえしができる
- けんけんができる
- スキップができる
- 平均台の上を歩くことができる
- 補助輪付きの自転車に乗ることができる
- 平均台の上を後ろ向きに歩ける

- 手を握ったり開いたりできる
- おもちゃをつかんで口に持っていくことができる
- おもちゃを持つ手を持ちかえることができる
- 出された2つのものを同時に持つことができる
- ものを投げることができる
- 大きなボールを蹴ることができる
- 絵本などを1ページずつめくれる
- 一人でくつをはくことができる
- ハサミで紙を切ることができる
- はずんでいるボールをつかまえることができる
- 鉛筆を使って線や文字を書ける
- 点線に沿って紙を切ることができる
- 思い出しながら絵を描くことができる



日常生活の記録（3） 認知・行動

このページは、支援シートとあわせて学校に提出してください。また、児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所にも提出して下さい。

ふりがな

氏名

記入日

項目		自由記述欄
概念理解	文字を 読む	<input type="checkbox"/> ひらがな (例: あ行) <input type="checkbox"/> 単語 (例: いぬ) <input type="checkbox"/> ふりがなの有る文章 <input type="checkbox"/> 漢字交じりの文章
	文字を 書く	<input type="checkbox"/> 手添えで書ける <input type="checkbox"/> 見本を見ながら書く <input type="checkbox"/> ひらがな (例: あ行) <input type="checkbox"/> キーボードを使って書く <input type="checkbox"/> 簡単な文章 <input type="checkbox"/> 自分の名前が書ける <input type="checkbox"/> 自分の住所が書ける
	数字	<input type="checkbox"/> 数字のマッチングが出来る (例: 1~5は出来る) <input type="checkbox"/> 見本を見ながら書ける (例: 1~5は書ける) <input type="checkbox"/> 数字を書くことが出来る (例: 1~5は書ける) <input type="checkbox"/> たし算が出来る (例: 1~5は出来る) <input type="checkbox"/> ひき算が出来る (例: 1~5は出来る) <input type="checkbox"/> 数の概念がわかる ()
	時計	<input type="checkbox"/> 時計を読める <input type="checkbox"/> デジタル時計を読める <input type="checkbox"/> 時計はわからない <input type="checkbox"/> その他 例: 長い針が5のところになったらトイレに行きます ()
	指示理解	<input type="checkbox"/> 指示を理解できる <input type="checkbox"/> くつを履くなど普段の生活の簡単な指示を理解できる () <input type="checkbox"/> 内容によっては理解できる () <input type="checkbox"/> 指示は理解できない
行動	外出	<input type="checkbox"/> 大人と一緒に外出できる 例: 買い物には連れて行けないが公園へは行ける () <input type="checkbox"/> ひとりで歩行できる <input type="checkbox"/> 手つなぎで歩行できる。 <input type="checkbox"/> ひとりで公共交通機関を使って移動できる <input type="checkbox"/> 初めての場所は難しい <input type="checkbox"/> 外食が出来る () <input type="checkbox"/> 外出先でトイレを利用できる
	安全理解	<input type="checkbox"/> 歩道・車道の理解が出来る <input type="checkbox"/> 信号が理解できる <input type="checkbox"/> 「危険」などの標識がわかる <input type="checkbox"/> その他 ()

	日常生活の記録（5） 人間関係・社会性	ふりがな	
	このページは、支援シートとあわせて学校に提出してください。また、児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所にも提出して下さい。	氏名	
		記入日	

項目		自由記述欄 (いつ頃できるようになったかな?今、どこまでできるかな? おうちや学校・事業所などで、どんな支援・工夫があればできるかな? 等)
生活	お手伝い 片づけ	<input type="checkbox"/> 自分の出したものを片づけられる () <input type="checkbox"/> 食事の後片付けが出来る () <input type="checkbox"/> 洗濯物をたたむことが出来る () <input type="checkbox"/> その他 ()
	買い物	<input type="checkbox"/> ひとりで買い物が出来る () <input type="checkbox"/> 一緒に買い物が出来る () <input type="checkbox"/> 欲しいものをえらぶことが出来る <input type="checkbox"/> お金の支払いが出来る ()
	活動や授業への参加	<input type="checkbox"/> 活動・授業中着席してられる <input type="checkbox"/> 介助があれば着席してられる <input type="checkbox"/> 活動・授業に参加出来る <input type="checkbox"/> 活動・授業によっては参加出来る () <input type="checkbox"/> 活動・授業中、集中して取り組める <input type="checkbox"/> 介助があれば集中して取り組める <input type="checkbox"/> その他 ()
	集団生活 社会生活	<input type="checkbox"/> あいさつが出来る 例；バイバイの手を振れる () <input type="checkbox"/> 順番を待つことが出来る () <input type="checkbox"/> 友達や仲間と一緒に活動したり遊んだりすることが出来る () <input type="checkbox"/> 簡単なあそびのルールを理解出来る 例；イス取りゲームなどが理解できる () <input type="checkbox"/> 病院で待つことが出来る 例；気に入ったものがあれば待てる () <input type="checkbox"/> 電話をかけることが出来る <input type="checkbox"/> 決められた仕事をする事が出来る。 <input type="checkbox"/> スマートフォン・PC を操作できる <input type="checkbox"/> SNS を安全に利用することができる
特記事項	(例) 【身体障害】 栄養・可動域・歩行など 【知的障害】 こだわり・接し方など	

	<h2 style="margin: 0;">家族から本人へ</h2> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">このページは、お子さんが成人期を迎えてから、家族・親族の方や利用している事業所の職員等、に伝えたいことを記録してください。</p>	ふりがな	
		氏名	
		記入日	

本人の財産	預貯金・証券・保険・不動産	生計	<input type="checkbox"/> 自分の財産 () <input type="checkbox"/> 障害者年金 () <input type="checkbox"/> その他 ()
入院・治療	<input type="checkbox"/> 積極的に治療する <input type="checkbox"/> ケースによるので相談して決める <input type="checkbox"/> 延命治療は行わない <input type="checkbox"/> 付き添いをつけて欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()	費用負担	<input type="checkbox"/> 自分の財産 () <input type="checkbox"/> 親の負担 <input type="checkbox"/> その他 () ()
本人の終末期の対応	葬儀について	お墓について	供養について 例；永代供養
親の葬儀について	<input type="checkbox"/> 本人に参列して欲しい (例；葬儀の前にお別れだけする) <input type="checkbox"/> その他 (例；写真だけでお別れしたい)		
親の遺産について	<input type="checkbox"/> 本人への遺産 (有・無) (例；預貯金〇〇) <input type="checkbox"/> その他 ()	公正証書の有無	有・無
本人の手帳等について 保管場所等	母子手帳・療育手帳・障害者手帳・国民年金及び障害基礎年金証・健康保険証・マイナンバー・預金通帳・受給者証・診察券・お薬手帳保管場所等		
家族・親族へのお願い	例；誰に何をお願いしたいか等		
事業所等へのお願い	例；本人の好きなことが出来るようにして欲しい		
本人の障害者年金の使い方	例；甥・姪にお小遣いをあげる、年に1回旅行に行く、推しのコンサートに行く等		
この子の人生について思う事	例；障害があっても私たちにいつも幸せを与えてくれている		
備考			

*病院では、本人の入院手続きや医療同意等を、事業所が行うことは出来ません。

*成年後見人の方に金銭管理や入院手続き等の身上監護以外のことをお願いできるかは確認してください。

家族の歴史・思い出

思い出のエピソードや写真・思い出のカードなど

年金申請時に役立つ情報

◇出生から現在までの障害の状況、程度、症状や日常生活能力など（発達の記録・学校での様子・学習面・対人関係・環境の変化など）について、エピソードなどを交えて、できるだけ詳しく記入してください。

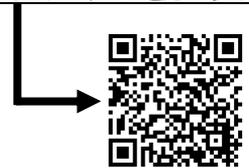
◇なお、年金の支給は、本人の苦手なこと、できなかったことに着目して判断されると思いますので、サポートブックの本編に記入するような本人のプラス面に着目した表現とは切り離して、次のような視点で記入すると良いと思います。

（例） ○○が苦手である、○○することは出来ない、○○の時は不自由である など

◇年金申請時（20歳の時など）に、本人や保護者が作成する「病歴・就労状況申立書」の記入に役立つ情報となりますので、ライフステージが変わる場面ごとに記入しておくことをお勧めします。

◇次のページの書式は、「病歴・就労状況申立書」の表面です。ここに下書きをしておくと、申立書提出時の記入が楽になります。

◇日本年金機構のホームページには、エクセルファイルがあります。このファイルをダウンロードして少しずつ書き込んでおくこともできます。



◇書式に1から5までの番号がふってあります。番号に該当することものライフステージはおおむね次のようになります。

- 1 出生から就学前（ 0歳～ 6歳頃）
- 2 小学生の頃 （ 7歳～12歳頃）
- 3 中学生の頃 （13歳～15歳頃）
- 4 高校生の頃 （16歳～18歳頃）
- 5 高校卒業後 （19歳以降）

病歴・就労状況等申立書

No. — 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名				
発病日	昭和・平成・令和 年 月 日	初診日	昭和・平成・令和 年 月 日		
<p>記入する前にお読みください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。 					
1	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）			
2	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	左の期間の状況			
3	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	左の期間の状況			
4	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	左の期間の状況			
5	昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名	左の期間の状況			