

1

A 保護者が主体となって記入

記入日

ふりがな  
氏名

\_\_\_\_\_ のサポートマップ

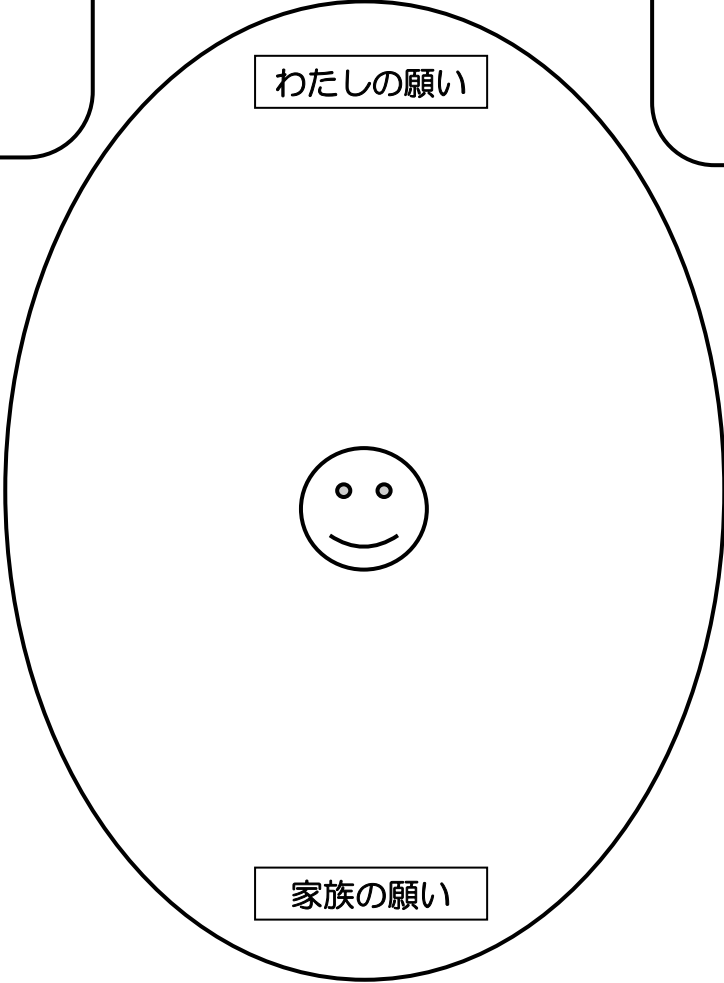
生年月日 年（西暦） 年） 月 日（ 歳）

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



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

行政機関

福祉サービス

地域との関わり・余暇活動

2

B 保護者が記入し、相談支援事業所・障害福祉課がフォロー

記入日

## ◇ 週間予定表 ◇

普段の生活の、一日の大まか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)

氏名

	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							

3

A 保護者が主体となって記入

記入日

### ◇わたしのこと◇

氏名 \_\_\_\_\_

わたしの願い・夢

※写真を貼って  
下さい

年齢 歳 身長 cm 体重 kg

所属 学校名 電話  
担任

\*性格・特技

\*好きなこと・苦手なこと

<遊び>

<食べ物>

<独特なこだわり>

好き

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>

## わたしと家族のこと

## ●わたし

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	平成 年 月 日生 (西暦 )
----	------	-----	------	--------------------

## ●住所・連絡先

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

## ●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		S 年 月 日 H (西暦 )	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
2	ふりがな		S 年 月 日 H (西暦 )	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
3	ふりがな		S 年 月 日 H (西暦 )	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
4	ふりがな		S 年 月 日 H (西暦 )	<input type="checkbox"/> 同居	住所	
				<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
5	ふりがな		S 年 月 日 H (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			
3			

## ●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。

5

A 保護者が主体となって記入

記入日

## ●生育・発達・健診の記録

氏名

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	c m
	胸 囲	c m		頭 囲	c m
	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・児の経過	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		
		特記事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 哺乳力 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱) <input type="checkbox"/> その他 ( ) など)			
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		
		3歳6か月児健診	年 月 日		
子の状況	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"/> ジフテリア・破傷風 ( <input type="checkbox"/> 2期 )			
		<input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ など )			
その他	自由記載欄				

6

B 保護者が記入し、相談支援事業所・障害福祉課がフォロー

記入日

●療育・相談・判定歴 \* 「ポイント」となるもの

氏名

いつ? 時期や期間 ( 歳 か月) ( 学 年)	どこで? 相談・判定機関	どんな? 相談内容	フォロー内容・判定結果	備 考

●手帳・手当・年金の状況

A 保護者が主体となって記入

	種 類	種別等級	内 容	交付日	備 考
手 帳	身体障害者手帳				
	療育手帳				
	精神保健福祉手帳				
	自立支援医療				
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				
	その他				
年 金	種 類	有(1級・2級) /なし	備 考		
	障害基礎年金				
	その他				

## ●医療情報（病院・歯科・医療的ケア・薬・訪問看護）

氏名

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	<b>【飲み方】</b> <input type="checkbox"/> 自分で判断して飲む <input type="checkbox"/> 声かけで飲む <input type="checkbox"/> 手渡しで飲む <input type="checkbox"/> 口元に運ぶ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【服薬補助具の使用】</b> <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	【注意点・入院など大きな変化があったこと・補足事項など】					

## ●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 ※ 支援が必要な場合のみ チェックしてください	<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（1）

氏名

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 ～ 保護者や先生が自由に記入 ～					
学 齢 期	小学校	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 ～ 保護者や先生が自由に記入 ～				
	中学校	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 ～ 保護者や先生が自由に記入 ～					



## ●成長のあゆみ（2）

氏名

学 齢 期 以 後	高校・大学など	期 間	コース	備 考（担任など）
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
エピソードやコメント欄 ～ 保護者や先生が自由に記入（高等部での実習先も含めて記入可）～				
学 齢 期 以 後	会社・施設・作業所など	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 ～ 保護者や支援者が自由に記入 ～				
そ の 他				

●福祉サービス利用歴

氏名

いつ？ 時期や期間 ( 歳)( 学 年)	なにを？ サービス名・事業所名	目 的	備 考
未 就 学 期			
学 齡 期			
学 齡 期 以 後			

## ●日常生活のちからの記録（1）

氏名

項目		一人でできる	支援必要	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？ おうちや学校などで、どんな支援・工夫があればできるかな？ 等)	
身の回りのこと	飲食	食べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	着替え	簡単な着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		衣服を選ぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排泄	トイレでする（小）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		トイレでする（大）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	洗面 整髪 お風呂	手を洗う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		顔を洗う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		体を洗う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		髪を洗う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		歯磨きをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	睡眠	ぐっすり眠る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		リズムが整っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	生理	始末ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	開始日

●日常生活のちからの記録（2）

氏名

項目		一人でできる	支援必要	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？ おうちや学校などで、どんな支援・工夫があればできるかな？ 等)
こどもからの意思伝達	伝える手段	*	*	【コミュニケーション手段を選択】 <input type="checkbox"/> ことば ( <input type="checkbox"/> 文 <input type="checkbox"/> 単語) <input type="checkbox"/> 声を出す <input type="checkbox"/> 指さす <input type="checkbox"/> 大人の腕をひっぱる <input type="checkbox"/> 場所まで連れて行く <input type="checkbox"/> 物を見せる <input type="checkbox"/> カードなどを使う <input type="checkbox"/> その他
	要求を伝える 〔やりたいこと やってほしいこと〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自分の気持ちを伝える (嬉しいこと・嫌なこと)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	からだの不調を伝える (ケガや調子が悪い時)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
大人からの指示理解	伝える手段	*	*	【コミュニケーション手段を選択】 <input type="checkbox"/> ことば ( <input type="checkbox"/> 文 <input type="checkbox"/> 単語) <input type="checkbox"/> 文字で書いて示す <input type="checkbox"/> 指さす <input type="checkbox"/> ジェスチャーやサイン <input type="checkbox"/> 場所まで連れて行く <input type="checkbox"/> 物を見せる <input type="checkbox"/> カードなどを使う <input type="checkbox"/> その他
	☆してほしいこと・ してはいけないこと の伝え方 ☆ほめる時・叱る時 の伝え方	*	*	【工夫していること】
	注意の向け方	*	*	【工夫していること】

## ●日常生活のちからの記録(3)

氏名

項目		一人でできる	支援必要	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? おうちや学校などで、どんな支援・工夫があればできるかな? 等)	
概念理解	文字	自分の名前を書く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		簡単な読み書き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	時間	日課の理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		時計の理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		見通しを持った行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	数	「一つ」がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		簡単な計算ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	移動	外出	慣れた場所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
初めての場所			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
公共交通機関の利用			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
危険認識・安全理解		歩道・車道の理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		信号や標識の理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ●日常生活のちからの記録（4）

氏名

項目		一人で できる	支援 必要	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	家事の手伝い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		片づけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	買い物	買い物に行く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		ほしい物を えらぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		お金の支払い をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	集団生活 社会生活	幼稚園や学校 などで、着席して いられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		活動や授業への 参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		集中して 取り組む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		あいさつが できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		順番・ルールを 守れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		当番の仕事が できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		友達の輪や あそびに入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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			