

# サポートブック

(作成年月日： 年 月 日)



このサポートブックは、保護者が編集、保管し、入学/入園/進級等、ライフステージのつなぎ目で支援者に渡し、情報共有していただくものです

東御市

※個人情報につき取扱いには充分ご注意ください

# 目次

1.	…p
2.	…p
3.	…p
4.	…p
5.	…p
6.	…p
7.	…p
8.	…p
9.	…p
10.	…p



ふりがな

氏名

性別 男・女

呼び名

生年月日 年 月 日

血液型



緊急時連絡先

① 名前 続柄 ( )

電話

住所

② 名前 続柄 ( )

電話

③ 名前 続柄 ( )

電話

通学・通園先

名称

学年・組等

担任名

電話

かかりつけ医

病院名 \_\_\_\_\_ 科

主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 科

主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 科

主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 科

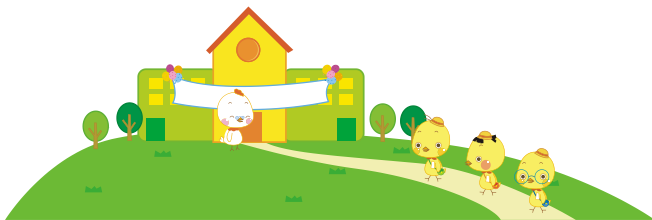
主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 科

主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 科

主治医 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_



# 医療情報について

体質について（○をつけて下さい）

かぜをひきやすい	かぶれやすい（部位）
下痢をしやすい	関節がぬげやすい（部位）
便秘をしやすい	アレルギー（
よく吐く	その他（

受診の際気をつけてほしいこと

病院内での様子	治療方法の伝え方	その他注意すること
待合室		
診察室		
注射		

☆持病等

病名	病状・合併症など

☆既往歴

病名	かかった時期	医療機関	備考		
	年 月 日 歳頃	病院名	通院	年 月 日～	年 月 日
			入院	年 月 日～	年 月 日
			手術	年 月 日～	年 月 日
		医師名	その他		
	年 月 日 歳頃	病院名	通院	年 月 日～	年 月 日
			入院	年 月 日～	年 月 日
			手術	年 月 日～	年 月 日
		医師名	その他		
	年 月 日 歳頃	病院名	通院	年 月 日～	年 月 日
			入院	年 月 日～	年 月 日
			手術	年 月 日～	年 月 日
		医師名	その他		

# 薬について ※常用しているもの



薬の名前  (mg)	効果
処方元 (病院等)	
服薬期間    年   月 ~    年   月	
服薬時間   食前・食間・食後 / 朝・昼・夜	
服薬方法 (自分で飲める・手伝いが必要・声かけが必要)	
薬の名前  (mg)	効果
処方元 (病院等)	
服薬期間    年   月 ~    年   月	
服薬時間   食前・食間・食後 / 朝・昼・夜	
服薬方法 (自分で飲める・手伝いが必要・声かけが必要)	
薬の名前  (mg)	効果
処方元 (病院等)	
服薬期間    年   月 ~    年   月	
服薬時間   食前・食間・食後 / 朝・昼・夜	
服薬方法 (自分で飲める・手伝いが必要・声かけが必要)	

## 親の願い

こんな子です

こんな子になってほしいと思っています

## 本人の特性

主な行動の特性は…

こだわり	コミュニケーション	多動・衝動性
<input type="checkbox"/> 特定の物や行動にこだわる	<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"/> パニックになる	<input type="checkbox"/> 初めての場所や人になじむのに時間がかかる	<input type="checkbox"/> 気が散りやすい
<input type="checkbox"/> 興味や関心が偏っている	<input type="checkbox"/> 集団行動が苦手	<input type="checkbox"/> 大事なものを失くしがち
<input type="checkbox"/> 気持の切り替えに時間がかかる	<input type="checkbox"/> 人づきあいが苦手である	<input type="checkbox"/> 突発的に行動する
<input type="checkbox"/> 物事の見通しが持ちづらい	<input type="checkbox"/> 不安になりやすい	<input type="checkbox"/> おしゃべりが止まらない
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 落ち込みやすい	<input type="checkbox"/> カッとなったりイライラしやすい
	<input type="checkbox"/> じっとしていることが多い	<input type="checkbox"/> 迷子になりやすい
	<input type="checkbox"/> 人目を気にしすぎる	<input type="checkbox"/> 運動や細かい作業が不器用
	<input type="checkbox"/> アイコンタクトが取りづらい	<input type="checkbox"/> テンションが上がりがやすい
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 人目をほとんど気にしない
		<input type="checkbox"/> その他

診断名

( 歳 ヲ月の時に診断を受けました)

## 感覚の特性

特性の例	あてはまる	少しあてはまる	あてはまらない
特定の味覚や食感に苦手さがある			
偏食がある			
大きな音や声など特定の音を嫌がる			
人混みが苦手			
視覚情報に気を取られやすい			
人から触られることを嫌がる			
散髪や爪切りを嫌がる			
臭いに敏感である			
暑さや寒さに過敏である			
回ったりゆれたりする遊びが好き			

## 具体的なエピソード等





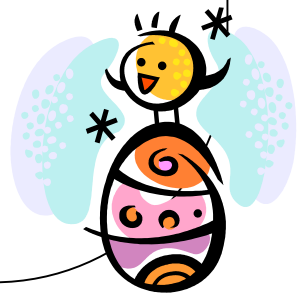
# 生活サポート

場面など

様子

対応方法

- 食事について
- 排泄について
- 着脱について
- 好きな遊びについて
- 集団活動について
- 外出・移動について
- 睡眠について
- その他



# コミュニケーション

場面など

様子

対応方法

●何かしてほしい時  
したい時

●嫌な時

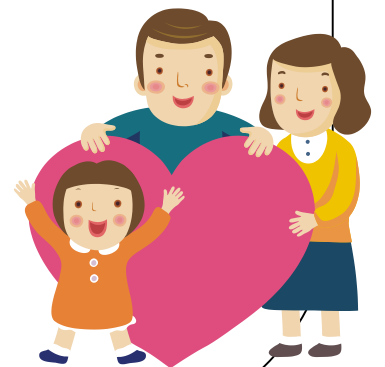
●気を引きたい時

●不安な時

●困っている時

●

●





# 福祉支援の記録

## ◎手帳

身体障害者手帳	級	取得日	次回判定日
精神保健福祉手帳	級		
療育手帳	A1・A2・B1・B2		

## ◎福祉サービス

施設名	サービスの種類	利用日	支給量
	ヘルパー 通所		
	ヘルパー 通所		
	ヘルパー 通所		
	ヘルパー 通所		

## ◎手当等

名称	内容	期限等
特別児童扶養手当	1級 2級 なし	
福祉医療	あり なし	
自立支援医療	あり なし	



メモ