



サポートブック



忠岡町



サポートブックについて

<サポートブックについて>

支援内容の情報・記録をもとに、乳幼児期から成人期までのライフステージで途切れることなく、一貫した支援が受けられることを目指して、作成しました。

様々な機関（教育・福祉・保健・医療など）との関わりの経過や支援の状況を1冊にまとめることができるため、子どもの情報を関係機関に分かりやすく整理して伝えることができ、連続性のある適切な支援につながることを期待されます。



<サポートブックの作り方・書き方>

- 原則として保護者または本人が記入し、保管してください。
- サポートブックを書くことは義務ではありません。
負担が大きいと感じたら、書くことを休むことも出来ます。
- 先生や支援者でなければわからない内容については、先生や支援者に聞いたり、相談しながら一緒に作成してください。
- 成長に応じて書き換えたり、書き足したりしてください。
- 伝えたい項目が足りない場合は、フリースペースを利用して書き加えてください。

※記載する内容は、大変貴重な個人情報です。保護者、本人、またはそれに代わる立場の方が責任をもって、慎重にファイルを保管し、必要に応じて活用してください。

<サポートブックの配布について>

サポートブックの配布は、こども課、福祉課（役場1階）、健康づくり課（役場2階）で行っています。

また、オプションのシートは忠岡町役場のホームページから無料でダウンロードできます。

忠岡町サポートブック



サポートブックのシート一覧



◆本人や保護者のニーズに合わせて、資料やシートを追加してください。

また、不要なシートは抜き取ることもできます。

参考にシート一覧を添付しますので、柔軟にご活用ください。

基本
の
シ
ー
ト

- プロフィール
- ()の年表【就学前】
- ()の年表【小学校／中学校】
- ()の年表【中学校卒業後の進路など】
- アレルギーについて／体の面で気をつけてほしいこと
- 受診・検査・相談など

オ
プ
シ
ョ
ン

- サポートの情報
- 手帳情報
- 通所支援・福祉サービス等の記録
- 医療的ケアへの配慮・訓練等の記録

プロフィール

記入日 (年 月 日)

ふりがな		性別	生年月日
本人氏名		男・女	年 月 日
住所	大阪府泉北郡忠岡町		
緊急連絡先	氏名		続柄
	連絡先		
	氏名		続柄
	連絡先		
	氏名		続柄
	連絡先		
かかりつけの病院 (診療科)		病名	☎連絡先
	(科)		
	(科)		
	(科)		
出生の記録	出生体重	g	在胎週数 週 日
	妊娠経過	特記なし ・ あり ()	
	分娩時	特記なし ・ あり ()	
	出生時	特記なし ・ あり ()	
備考	◆特に伝えておきたいことがあれば書いておきましょう。		

() の年表

◆通った保育所や幼稚園、学校などの所属を記録しましょう。

【出生～就学前】



年齢	通っていたところ	先生の名前、思い出など
0～1歳		
1～2歳		
2～3歳		
3～4歳		
4～5歳		
5～6歳		



【小学校】

学校名	学年	組	担任の先生	支援学級在籍	サービスの利用
	1年			あり・なし	
	2年			あり・なし	
	3年			あり・なし	
	4年			あり・なし	
	5年			あり・なし	
	6年			あり・なし	



【中学校】

学校名	学年	組	担任の先生	支援学級在籍	サービスの利用
	1年			あり・なし	
	2年			あり・なし	
	3年			あり・なし	

【中学校卒業後の進路など】

期間	所属	サービスの利用など
年 月 日 から 年 月 日		
年 月 日 から 年 月 日		
年 月 日 から 年 月 日		
年 月 日 から 年 月 日		
年 月 日 から 年 月 日		
年 月 日 から 年 月 日		
年 月 日 から 年 月 日		



アレルギーについて

◆アナフィラキシーショックの経験 なし あり（発症年月： _____）

◆運動にて発症の経験 なし あり → 食事との関連あり 食事との関連なし

◆除去中の食べ物（変化があれば随時、書き足したり、棒線で消したりしましょう。）
 （ _____ ）

◆アレルギーで何か注意することがあれば書いておきましょう。

アレルゲン	症状・注意点・対応について → 変化があればこちらに記入	
		(_____ 年 月 時点)
		(_____ 年 月 時点)
		(_____ 年 月 時点)
		(_____ 年 月 時点)
		(_____ 年 月 時点)

*アレルギー検査を受けたことがある方は、検査結果を一緒に綴じておくことより伝わりやすいです。



体の面で気をつけてほしいこと

◆食事制限や運動制限、発作や医療的ケアなど、気をつけてほしいことがあれば書きましょう。

病名・装具など	処置や対応について



サポートの情報

() 歳のとき

	一人でできる	サポートが必要	サポート内容・お困りごと
(例)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • どういうサポートがあればよいか、わかりやすく書きましょう！ • 前回と同じ場合は、こちらにチェック → <input checked="" type="checkbox"/> 前回と同じ
視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等 <input type="checkbox"/> 前回と同じ
聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 前回と同じ
立つ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
座る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 前回と同じ
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> おはし <input type="checkbox"/> 前回と同じ
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 前回と同じ
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
手洗い・うがい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
歯みがき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
着がえ・靴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
危険の認識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
読み書き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
時間の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
電話・メール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
交通機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ
お菓の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前回と同じ

	内容	<具体的な支援の成功例・失敗例>
好きなこと・得意なこと	<ul style="list-style-type: none">•好きなキャラクターはありますか？(例：ポケモン等) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <ul style="list-style-type: none">•好きな(安心できる)グッズはありますか？(例：タオル等) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <ul style="list-style-type: none">•落ち着ける場所はありますか？(例：保健室等) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <ul style="list-style-type: none">•好きなことや得意なことはありますか？(例：車、数字等) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div>	
苦手なこと	<ul style="list-style-type: none">•苦手なことや嫌いなことはありますか？(例：大きな音等) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>	
変化への適応や見通しについて	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>初めての場所ではパニックになることがある<input type="checkbox"/>いつもと違うことを嫌がる<input type="checkbox"/>変更を受け入れるのが難しいことがある<input type="checkbox"/>好きなことをしているときに中断することが難しい<input type="checkbox"/>予定を確認しないと落ち着かないことがある<input type="checkbox"/>予定の変更を言葉で伝えるだけでは理解が難しい<input type="checkbox"/>その他 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	
感情について	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>ささいなことで落ち込みやすい<input type="checkbox"/>すぐにイライラしてしまう<input type="checkbox"/>暴言を吐くことがある<input type="checkbox"/>待つことが苦手<input type="checkbox"/>勝ち負けにこだわる<input type="checkbox"/>その他 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	

	内容	<具体的な支援の成功例・失敗例>
集中力・注意力について	<input type="checkbox"/> 好きなことに没頭しやすい <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> 人の話を最後まで聞くことが苦手 <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 片付けるのが苦手 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
多動性・衝動性について	<input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手 <input type="checkbox"/> 思いついたことを突発的に行動してしまうことがある <input type="checkbox"/> 順番を待つことが苦手 <input type="checkbox"/> 遊んでいるときにけがをすることが多い <input type="checkbox"/> 友達にちょっかいを出したり邪魔をしてしまうことがある <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
感じ方について	<input type="checkbox"/> 特定の味や食感が受け付けられない <input type="checkbox"/> 大きな音や特定の音を極端に嫌がる <input type="checkbox"/> 人から触られることを極端に嫌がる <input type="checkbox"/> スーパーなど人ごみが苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 手が汚れることを嫌がる <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
パニックについて	<input type="checkbox"/> パニックのきっかけ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> パニックになったときの様子 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> パニックになった時の対応 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 予防方法 <input type="text"/>	

	内容	<具体的な支援の成功例・失敗例>
人との関わり方について	<input type="checkbox"/> 人見知りがある <input type="checkbox"/> 一人遊びが好き <input type="checkbox"/> 集団行動が苦手 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを想像することが苦手 <input type="checkbox"/> 自分の言いたいことを一方的に話してしまう <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
ルールの理解について	<input type="checkbox"/> 友達とおもちゃなどを共有して使うことが苦手 <input type="checkbox"/> 友達とごっこ遊びができない <input type="checkbox"/> ゲームなどの遊びで順番を交代することが難しい <input type="checkbox"/> 外出時にマナーを理解することが難しい <input type="checkbox"/> ゲームなどのルールを理解することが難しい <input type="checkbox"/> いけないことを注意するときは・・・ <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
自分の気持ちの表現について	<input type="checkbox"/> スムーズに会話が成立する <input type="checkbox"/> 単語や2語文程度で話すことができる <input type="checkbox"/> 欲しいものを言葉で要求することができる <input type="checkbox"/> 「やめて」「いらない」など拒否を伝えることが難しい <input type="checkbox"/> 分からない時、困ったときに助けを求めることが難しい <input type="checkbox"/> 自分の体調や感情の表現が苦手 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 言葉だけの指示では理解が難しい <input type="checkbox"/> 絵や写真を見せると理解できる <input type="checkbox"/> 具体物を見せると理解できるときもある <input type="checkbox"/> 伝わりやすいほめ方 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 約束の仕方 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

手帳情報

障がい者手帳

◆お持ちの手帳の情報を書くことができます。必要に応じてご利用ください。

○身体障がい者手帳

交付日	障がい名		
年 月 日			
等級			
種 級	再認定 無 ・ 有 (年 月)		
再交付日	障がい名		
年 月 日			
等級			
種 級	再認定 無 ・ 有 (年 月)		

○療育手帳

交付日	次の判定年月	次の判定年月	次の判定年月	次の判定年月
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	A ・ B1 ・ B2			
総合判定	次の判定年月	次の判定年月	次の判定年月	次の判定年月
A ・ B1 ・ B2	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	A ・ B1 ・ B2			

○精神障がい者保健福祉手帳

交付日	前回の有効期限	前回の有効期限	前回の有効期限	前回の有効期限
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	1級 ・ 2級 ・ 3級			
等級	前回の有効期限	前回の有効期限	前回の有効期限	前回の有効期限
1級 ・ 2級 ・ 3級	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	1級 ・ 2級 ・ 3級			



③医療助成

医療費助成	受給期間	備考等
重度障がい者医療	年 月～ 年 月	
自立支援医療	年 月～ 年 月	
小児慢性特定疾患医療	年 月～ 年 月	
その他()	年 月～ 年 月	
その他()	年 月～ 年 月	
その他()	年 月～ 年 月	

④手当・年金

種類	受給期間	備考等
障害児福祉手当	年 月～ 年 月	
特別児童扶養手当	年 月～ 年 月	
大阪府重度障がい者在宅生活応援制度	年 月～ 年 月	
障害基礎年金()級	年 月～ 年 月	
その他()	年 月～ 年 月	
その他()	年 月～ 年 月	

医療的ケアへの配慮・訓練等の記録

1. 医療的ケアの状況や身体の配慮について

処置や対応の内容(該当のものに○をつけてください)

※変更があった場合は用紙を再度印刷し、使用してください。(記入日 年 月 日)

気管切開の処置	点滴の管理
吸引処置(回/日、一次的・継続的)	中心静脈栄養
モニター測定(酸素飽和度 血圧 心拍)	透析
経管栄養(経鼻)	ストーマ処置
経管栄養(胃ろう)	酸素療法
褥瘡(床ずれ)	人工呼吸器
体位交換	導尿
カテーテル(留意・コンドーム型・その他)	その他()
疼痛の管理	その他()

2. 医療的ケアの対応について

※医療的ケア対応時の配慮事項や医療器具の取り扱い、学校医との連携などがあればご記入ください

(記入日 年 月 日)

(記入日 年 月 日)

(記入日 年 月 日)

3. 訪問看護・訪問訓練

事業所名	頻度	利用期間
		年 月 日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日

4. リハビリ(機能訓練)の経過

リハビリ実施の病院・事業所名	頻度	利用期間
		年 月 日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日

5. 補装具等の配慮 (使用している補装具に○を入れてください) (記入日 年 月 日)

補聴器	車いす	座位保持装置	義肢(義足・義手)
めがね	電動車いす	座位保持椅子	その他()
コンタクトレンズ	歩行補助杖	頭部保持具	その他()
保護帽	歩行器	装具(下肢・靴型・体幹・上肢)	

※上記補装具等の取り扱い配慮事項などあればご記入ください。

(記入日 年 月 日)

(記入日 年 月 日)
