

# あんしん サポートブック



ふりがな

氏名

\_\_\_\_\_

愛称

\_\_\_\_\_

## サポートブックの使い方

☆ サポートブックとは ☆

お子さんの発育発達には、一人ひとりのニーズを把握し乳幼児期から学校卒業後の就労期までにわたる一貫した支援が必要です。そのためには、お子さんや保護者を中心に、支援にかかわる関係機関・関係者が基本的な情報を共有することが大切です。

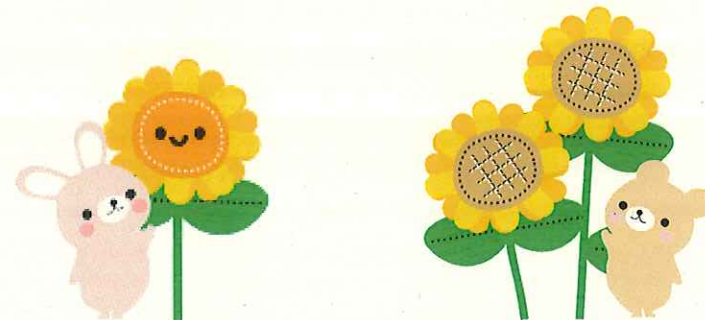
この個別支援ファイル「あんしんサポートブック」は、成長過程に応じて一貫した支援を受けられるようにするために、ご本人や保護者自身がこれまでの支援などの状況を記録するファイルです。

☆ サポートブックの使い方について ☆

- ① ファイルを受け取ったら、記入できるところから書き入れていきましょう。  
(すべてのページを記入する必要はありません。)
- ② 医療機関への受診や相談、福祉サービスの手続等のときには必ず持参し、必要に応じて書き入れてもらいましょう。
- ③ 気づいたことや心配なことなど、何でも自由に記録しておきましょう。  
用紙が不足した時は関係機関から提供してもらうか、各市町村のホームページ福祉課からダウンロードできます。印刷して利用してください。
- ④ ファイルには、ご本人の相談や治療に関する資料も一緒につづっておきましょう。
- ⑤ このファイルは保護者が必要な時に記録し、保管していただきます。

## 目次

- プロフィール
- 緊急時の連絡先
- 生育歴・支援の経過
  - 生育歴 発達経過 予防接種状況
  - 既往歴 居住地 在籍等の状況 療育・保育歴
- 健康情報
- 診断と判定について
- 交付されている手帳及び支給内容
- 記録
- 現在の関係機関
- 相談・支援マップ
- 生活について
  - 保育の記録（保育所・幼稚園・通所支援等）
  - 教育の記録（就学後～卒業まで）
- 進路の記録（卒業後～就労）
- 生活の記録
- 福祉サービスの種類



## あんしんサポートブック

平成24年4月発行

平成27年8月改訂

### 参考資料

福島県発達障がい者支援体制整備検討会「ふくしまサポートブック」  
東白川地域自立支援協議会「東白川サポートブック」

編集：しらかわ地域自立支援協議会 教育・子ども支援部会

西郷村：西郷村役場 福祉課 Tel.0248-25-1509

〒961-8091 西郷村大字熊倉字折口原 40

泉崎村：泉崎村役場 住民福祉課 Tel.0248-54-1333

〒969-0101 泉崎村大字泉崎字山ヶ入 101

中島村：中島村役場 保健福祉課 Tel.0248-52-2174

〒961-0192 中島村大字滑津字中島西 11-1

矢吹町：矢吹町役場 保健福祉課 Tel.0248-44-2300

〒969-0296 矢吹町一本木 101

白河市：白河市役所 社会福祉課 Tel.0248-22-1111

〒961-8602 白河市八幡小路 7-1

# あんしん サポートブック



ふりがな

氏名


---

愛称

---



プロフィール

ふりがな				顔写真 
氏 名				
生年月日	年	月	日生 歳	
性 別		血液型		
身 長	cm	体重	kg	
住 所				
T E L	— —			
家 族 (続柄)	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )

緊急時の連絡先

連絡順	名 前	続柄
1	連絡先	自宅 勤務先
	住所	携帯
2	名 前	続柄
	連絡先	自宅 勤務先
	住所	携帯
3	名 前	続柄
	連絡先	自宅 勤務先
	住所	携帯

-( )

ページを書き入れて使用して下さい。  
同じ様子を別途印刷して利用する場合、1-(2)、1-(3)  
等、( )内にページを書き入れてください。

生育歴・支援の経過

生育歴 (母子手帳を確認して記載してください。)			
妊 娠 中 の 健 康 状 態	○不妊治療 無 ・ 有		
	○妊娠中 異常なし ・ 異常あり 切迫早産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・前置胎盤・貧血 その他 ( )		
出 産 の 状 況	○出産病院 ( )		
	○妊娠期間 妊娠 ( ) 週 ○分娩所要時間 ( 時間 分) ○分娩の状況 自然分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩 その他 ( )		
出 産 時 の 児 の 状 態	○出生体重 ( g)		
	○異常なし ・ 異常あり 所見 仮死 ( 日間) ・ 黄疸 ・ その他 ( ) 処置 保育器使用 ( 日間) ・ 光線療法 ( 日間) その他 ( )		
発達の経過			
くびのすわり	歳 か月頃	寝 返 り	歳 か月頃
おすわり	歳 か月頃	はいはい	歳 か月頃
つかまり立ち	歳 か月頃	歩 行	歳 か月頃
意味のある言葉を話す(ママ, パパ, ブーブー等)			歳 か月頃
予防接種状況 (済んだものに○)			
BCG ・ ポリオ ( 回) ・ 三種混合 ( 回)			
麻しん・風しん ( 回) ・ 日本脳炎 ( 回)			
四種混合 ( 回) ・ 水痘 ( 回)			

-( )

年 月 日 作成

既往歴			
熱性けいれん	無・有	年 月 日	処置等
てんかん	無・有	初診 年 月 日	最終発作 年 月 日 ※詳しくは健康情報の欄に記入
慢性疾患	無・有	年 月 日	症状等
はしか	無・有	おたふく	無・有
水ぼうそう	無・有	三日はしか	無・有
アレルギー	無・有		
アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 食物アレルギー（ ） ・ その他（ ）			
入院・手術等			

- ( )

年 月 日 作成

居住地 (転居等により居住地が変わった場合、記載してください。)		
居住期間	住 所	
年 月 ( 歳 か月 ) ~		
年 月 ( 歳 か月 ) ~		
年 月 ( 歳 か月 ) ~		
在籍等の状況		
保育所	名称	年 月 ~ 年 月
幼稚園	名称 園	年 月 ~ 年 月
小学校	名称 小学校	年 月 ~ 年 月
特別支援	名称 小学校	年 月 ~ 年 月
中学校	名称 中学校	年 月 ~ 年 月
特別支援	名称 中学校	年 月 ~ 年 月
高校	名称 高等学校	年 月 ~ 年 月
特別支援	名称 高等学校	年 月 ~ 年 月
大学	名称 大学	年 月 ~ 年 月
その他	名称	年 月 ~ 年 月
療育・保育歴		
療 育	名称	年 月 ~ 年 月
	名称	年 月 ~ 年 月
通園事業	名称	年 月 ~ 年 月
	名称	年 月 ~ 年 月
一時保育	名称	年 月 ~ 年 月
	名称	年 月 ~ 年 月
幼児教室	名称	年 月 ~ 年 月
	名称	年 月 ~ 年 月
訓練等	名称	年 月 ~ 年 月
	名称	年 月 ~ 年 月

- ( )



年 月 日 作成

健康情報

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬を記載してください。

病 院 名	(                      科)		
主治医氏名		TEL	
服用中の薬			
診 断 名			
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			
病 院 名	(                      科)		
主治医氏名		TEL	
服用中の薬			
診 断 名			
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			

- ( )

年 月 日 作成

診断と判定について

年月日	機関名	診断名・判定内容

交付されている手帳及び支給内容

療育手帳	無・有 ( A ・ B )	年 月交付	
身体障害者手帳	無・有 ( 種 級)	年 月交付	
精神保健福祉手帳	無・有 ( 種 級)	年 月交付	
重度心身障害者医療	該当・非該当	障害基礎年金	1 級・2 級
特別児童扶養手当	無・有 ( 級)	障害児福祉手当	無・有
自立支援医療	無・有	日常生活用具・補装具	無・有

- ( )





現在の関係機関

現在関わっている機関について記載してください。(例) 学校、保育所、児童サービス、医療機関など

機関名: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

支援概要: \_\_\_\_\_

機関名: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

支援概要: \_\_\_\_\_

機関名: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_


支援概要: \_\_\_\_\_

機関名: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

支援概要: \_\_\_\_\_



相談・支援マップ

保健・福祉(県)

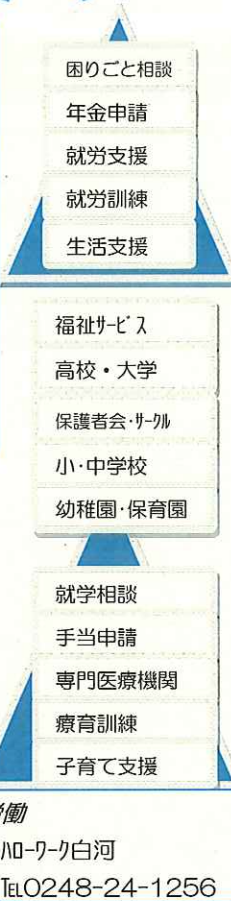
【相談、判定、施設入所等】  
 ○県中児童相談所白河相談室  
 (18歳未満)  
 Tel0248-22-5648  
 ○県南保健福祉事務所  
 【育成医療 等】  
 ・児童家庭支援チーム  
 Tel0248-22-5647  
 【身体、知的、精神等の相談】  
 ・障がい者支援チーム  
 Tel0248-22-5649

教育

○西郷村教育委員会  
 Tel0248-25-2370  
 ○泉崎村教育委員会  
 Tel0248-54-1533  
 ○中島村教育委員会  
 Tel0248-52-3483  
 ○矢吹町教育委員会  
 Tel0248-44-4400  
 ○白河市教育委員会  
 Tel0248-22-1111

その他の支援機関

◆相談支援 ○福島県西白河地域相談センターこひつじ Tel0248-25-2055  
 ○相談支援事業所 オープンハウス白河 Tel0248-31-8215  
 ○相談支援センターしらかわ Tel0248-23-3059  
 ◆就業支援 ○県南障がい者就業・生活支援センターまごころ(マゴ) Tel0248-23-8031  
 ◆身体障害児(者)親の集い 秋桜会  
 県南保健福祉事務所 児童家庭支援チーム Tel0248-22-5647



教育(県)

○県南教育事務所  
 Tel0248-23-1667  
 ○県立西郷養護学校  
 Tel0248-25-3110  
 ○県立石川養護学校  
 Tel0247-26-5544

母子保健・福祉

○西郷村 健康推進課  
 Tel0248-25-1115  
 ○西郷村 福祉課  
 Tel0248-25-1509  
 ○泉崎村 住民福祉課  
 Tel0248-54-1333  
 ○中島村 保健福祉課  
 Tel0248-52-2174  
 ○矢吹町 保健福祉課  
 Tel0248-44-2300  
 ○白河市  
 社会福祉課、子ども課  
 Tel0248-22-1111  
 ○白河市 健康増進課  
 Tel0248-27-2112



# 生活について

1日の生活リズム	6	8	10	12	14	16	18	20	22	
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる（スプーン、箸、手づかみ） <input type="checkbox"/> 一部手助けする（内容： ） <input type="checkbox"/> 全部食べさせる <input type="checkbox"/> その他（ ） ・好きなもの（ ） ・嫌いなもの（ ） ・アレルギー（ ） ・おやつ（ ） ≪配慮が必要なこと≫ ・経管栄養等									
薬の飲み方										
トイレ	排尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <尿意> <input type="checkbox"/> で言う・動作（ ）・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 ≪配慮が必要なこと≫								
	排便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <便意> <input type="checkbox"/> で言う・動作（ ）・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 ≪配慮が必要なこと≫								
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自分で着られる <input type="checkbox"/> 一部手助け（ ） <input type="checkbox"/> 全部着せている ≪配慮が必要なこと≫									

# 生活について

洗面・入浴	洗面・歯磨き	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助け（ ） ≪配慮が必要なこと≫
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助け（ ） ≪配慮が必要なこと≫
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある ≪配慮が必要なこと≫	
外出・移動	<input type="checkbox"/> 一人で動ける <input type="checkbox"/> 介助が必要（ ） ・麻痺    無・有（部位： ） ・補装具    無・有（種類： ） ・こだわり    無・有（ ） ・多動    無・有（ ） ≪配慮が必要なこと≫	
コミュニケーション	意思伝達	<input type="checkbox"/> 言葉で伝えられる（単語・二語文・ ） <input type="checkbox"/> 独自の方法で伝えられる （身振り・絵カード・写真・ ） ≪配慮が必要なこと≫
	理解	<input type="checkbox"/> 言葉で伝える（単語・二語文・ ） <input type="checkbox"/> 独自の方法で伝える （身振り・絵カード・写真・ ） ≪配慮が必要なこと≫

遊び	好きな遊び	〈どこで、どんな遊びをするのが好きですか？〉 《配慮が必要なこと》		
	苦手な遊び	( ) 《配慮が必要なこと》		
その他の特徴	行動	何がきっかけで？	どうなる	かかわり方
	パニック 無・有	①		
		②		
		③		
	行動	何に対して？	どんなこだわり	かかわり方
	こだわり 無・有	①		
		②		
③				
その他				
その他、参考になること				

保育の記録(保育所・幼稚園・通所施設等)			
期間		年 月 ~ 年 月	
保育園・幼稚園名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
家庭	本人の様子	入園(所)時	卒園(満了)時
家庭	その他特記事項		
期間		年 月 ~ 年 月	
保育園・幼稚園名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
家庭	本人の様子	入園(所)時	卒園(終了)時
家庭	その他特記事項		



この用紙は、1年毎に記入すると、より具体的な支援に活用いただけます。

### 教育の記録(就学後～卒業まで)

期 間	年 月 ～ 年 月	
学校名		
学級名(種別)	組(通常学級・特別支援学級・通級指導教室)	
担任氏名(通級・支援員等担当者氏名)		
教育ニーズ	本人の願い	
	保護者の願い	
	教師の願い	
学習及び生活の状況		
	本人の様子	
学習		
生活		
その他		
生活及び家庭の状況		
本人の生活の様子や伸ばしたいこと		
家庭の状況や心配なことなど、支援者に知っておいてほしいこと		

### 進路の記録(卒業後～就労)

#### 進路についての希望

本人の希望	
保護者の意向	

#### 現在の生活状況

日常生活	
対人関係	
その他	

#### 卒業後に希望する支援

進学先または就労先における支援	
生活についての支援	

### 生活の記録

成年後見制度利用	無・有(後見・保佐・補助)
安心サポ-ト事業 (日常生活自立支援事業)	利用している ・ 利用していない





## 障害児通所・入所支援の種類（児童福祉法）

障害児通所支援	サービスの種類	サービスの内容
	児童発達支援	未就学児を対象とし、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行います。
	医療型児童発達支援	児童発達支援及び治療を行います。
	放課後等デイサービス	就学児を対象とし、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進、その他必要な支援を行います。
	保育所等訪問支援	保育園、幼稚園、こども園、小学校などに在籍している障がいを持った子どもに対して、専門的な支援を行います。
	障害児入所支援	入所する障がい児に対して保護、日常生活の指導及び知識技能支援を行います。

## 地域相談支援

地域相談支援	サービスの種類	サービスの内容
	地域移行支援	施設に入所又は精神科病院に入院している者を対象に、住居の確保や生活に移行するための活動の支援を行います。
	地域定着支援	居宅において単身等で生活する障がい者を対象とし、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問等の支援を行います。

## 地域生活支援事業の種類

地域生活支援事業	サービスの種類	サービスの内容
	相談支援	困ったことがあるときや、新しくサービスを利用したいときに相談ののつてくれます。
	移動支援	ヘルパーが外出する手伝いをしてくれます。
	地域活動支援センター	障がいのある人が、日中活動の支援をしてもらえます。 ○生活上の相談 ○スポーツ、レクリエーション ○作業 など
	日中一時支援	障がいのある人の日中における活動の場を確保し、その家族の就労支援及び介護者の一時的な休息の場を提供してもらえます。

◎地域生活支援事業の利用については市町村で実施の状況が異なります。  
また、法律の改正によって内容が変わることがありますので、利用されたい場合は各市町村の福祉課におたずねください。