



# サポートブック



写真・似顔絵など

ふりがな

名前

性別

愛称・呼び名

記入者

記入日



<基本情報>

ふりがな 氏名			生年月日	
			性別	
住所	〒			
TEL	(自宅)			
	(携帯)			[母・父・他]
FAX				
メールアドレス				
緊急時 連絡先	ふりがな 氏名	続柄	電話番号	

家族構成	ふりがな 氏名	続柄	備考

記入日： 年 月 日



<医療機関情報>

医療機関名			
主治医		通院頻度	
服薬中の薬			
症状・診断 通院内容			

<その他の医療機関>

医療機関名	通院内容



記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



<アレルギー・服薬>

<その他健康上の注意点>



記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



<リハビリ・訓練実施状況>

	医療機関（担当者）	頻度等
理学療法		
作業療法		
言語療法		

<福祉サービス等の利用>

名称	支援内容	頻度等

<その他関わりのある機関>

名称	内容



記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



<診断>

障害名・病名	
診断された機関 (主治医)	
診断された年齢	
現在の状況	

<手帳>

身体障害者手帳	種 級	年	月	日交付
療育手帳	程度 ( )	年	月	日交付
精神保健福祉手帳	級	年	月	日交付

備考



記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



<生育歴>

出生歴	在胎： 週 出生時の異常：なし・あり（ ） 出生時身長： cm 体重： g
発達経過	首の座り： ヶ月 お座り： ヶ月 歩き始め： 歳 ヶ月 話し始め： 歳 ヶ月
備考	

<主な所属先>

	所属機関名	所属期間	備考
入園前		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
保育園・幼稚園		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
小学校		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	

記入日： 年 月 日





<本人の情報>

本人の特徴	
-------	--

好きなこと		得意なこと	
-------	--	-------	--

	現在の状況	支援・配慮のポイント
嫌いなこと・苦手なこと		
(こだわり・パニックなど) 困った行動		

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



< 身辺自立の状況 > (あてはまるものに☑)

食 事	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> すべて支援が必要 <input type="checkbox"/> お箸を使って食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使って食べる <input type="checkbox"/> 食べる量が多い <input type="checkbox"/> 食べる量が少ない <input type="checkbox"/> 偏食がある 好きなもの： 嫌いなもの：
	備考：

ト イ レ	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> すべて支援が必要 <input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 定時排泄ができる <input type="checkbox"/> 尿意・便意を伝える <input type="checkbox"/> ひとりでトイレに行く
	備考：

着 替 え	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> すべて支援が必要 <input type="checkbox"/> 靴の着脱ができる <input type="checkbox"/> 靴下の着脱ができる <input type="checkbox"/> 上衣の着脱ができる <input type="checkbox"/> 下衣の着脱ができる <input type="checkbox"/> ボタン、ホック、ファスナーが留められる
	備考：

そ の 他	<input type="checkbox"/> 手を洗うことができる <input type="checkbox"/> うがいができる <input type="checkbox"/> 歯磨きができる <input type="checkbox"/> 顔を自分で洗える <input type="checkbox"/> 鼻をかめる <input type="checkbox"/> 自分の持ち物の管理ができる (活動前の準備・片付けなど) <input type="checkbox"/> 交通ルールを理解して道を歩くことができる
	備考：

記入日：                      年           月           日



<言葉・コミュニケーション> (あてはまるものに☑)

言葉の表出	<input type="checkbox"/> サインやジェスチャーで伝える <input type="checkbox"/> 単語で話す
	<input type="checkbox"/> 二・三語文で話す <input type="checkbox"/> 文章で話す <input type="checkbox"/> 言葉で要求する
	<input type="checkbox"/> 自分の気持ちを言葉で伝えられる <input type="checkbox"/> 出来事や物事を説明・報告できる
	<input type="checkbox"/> わからないことを尋ねる <input type="checkbox"/> 相手に合わせて話せる
	<input type="checkbox"/> お話することが苦手 <input type="checkbox"/> お話することが好き
	備考：

言葉の理解	<input type="checkbox"/> 身近なものの名前がわかる <input type="checkbox"/> カードや写真を使った指示がわかる
	<input type="checkbox"/> 単語での指示がわかる <input type="checkbox"/> 文章での話しかけがわかる
	<input type="checkbox"/> 文字による言葉の意味がわかる <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる
	<input type="checkbox"/> 冗談がわかる
	備考：

感情の理解	<input type="checkbox"/> 相手の表情を理解できる <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解できる
	<input type="checkbox"/> 絵本や物語の中の感情が理解できる
	備考：



記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



<集団活動・社会性> (あてはまるものに☑)

あそび	<input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが好き	<input type="checkbox"/> 大人と遊ぶことが好き
	<input type="checkbox"/> 少人数で遊ぶことが好き	<input type="checkbox"/> 大人数で遊ぶことが好き
	備考：	

集団生活	<input type="checkbox"/> 着席していることができる	<input type="checkbox"/> 並んで順番を待てる
	<input type="checkbox"/> ルールや約束を守れる	<input type="checkbox"/> 一斉指示で動ける
	<input type="checkbox"/> 個別の指示が必要	<input type="checkbox"/> 適切な距離感で相手と関われる
	備考：	

学習態勢・学習スキル	<input type="checkbox"/> 注目して話を聞ける	<input type="checkbox"/> 学習に集中できる
	<input type="checkbox"/> ひらがなが読める	<input type="checkbox"/> ひらがなが書ける
	<input type="checkbox"/> 数が理解できる	<input type="checkbox"/> 絵を描くことが好き
	備考：	



記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日