



# いちのみや サポートブック

◇この手帳は、障害のあるご本人の健康・  
育ち・生活実態・特性などを記録したもので  
す。

◇拾われた方は、緊急連絡先にお知らせく  
ださい。

# はじめに



このサポートブックは、発達、成長がゆるやかな子どもや、障害のある方の成長や現状を記録することにより、ご本人の特性を理解しニーズを把握し、住みなれた地域でライフステージに応じた一貫性のある支援が受けられ、関係機関が連携に活用してくださることによって、将来にわたって生活がより向上し、より楽しくなることを願って作成しました。

## サポートブックの特徴について

- 子どもの成長に合わせて随時書き加えてください。残していくことで成長の過程がわかります。
- 記録した情報を共有することで関係者が同じ方向性で、同じ方法で関わる事が出来ます。
- 子どもの成長を記録することで、整理できることもあります。
- 生育歴等をファイルすることで、今後関係機関でその都度同じ説明を繰り返すことが少なくなります。（書いて、伝えて、ためていってください）

## ご利用・ご記入にあたって 【一宮市障害者自立支援協議会ウェブサイトからダウンロードできます】

- 書かれてある内容が、子どもにとってわかりやすい表現か、子どもがいやな思いをすることのない内容であるか確認してください。
- 内容は大変重要なことですので、原則的には保護者またはご本人に関わる人が責任を持って保管してください。
- 支援者が利用する場合も、プライバシーを厳守し、取り扱いには充分注意してください。
- 原則的には保護者または本人に関わる人が情報を記載しますが、支援者と話し合ったり相談したりして記入できるとより課題が整理できます。
- 各シートに過不足があると思いますが、不足の場合は印刷してご利用ください。



# 第1章 個人情報

## プロフィール①

☆記入日 年 月

ふりがな	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
愛称	
生年月日	S.H 年 月 日 (西暦: )
住所 連絡先	〒
保護者	住所: 氏名: (続柄 ) 電話番号:
各種手帳 診断名	◆手帳なし (診断名: )
	◆療育手帳 <input type="checkbox"/> A判定 <input type="checkbox"/> B判定 <input type="checkbox"/> C判定 年取得 (診断名: )
	◆身体障害者手帳 種 級 年取得 (診断名: )
	◆精神障害者保健福祉手帳 級 年取得 (診断名: )
緊急連絡先	*重要* 急病・災害時にも対応できる連絡先
第1連絡先	氏名 関係
	電話 携帯 職場
第2連絡先	氏名 関係
	電話 携帯 職場









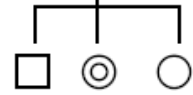
## プロフィール②



\*変更があった場合はその都度書き換えてください。

【家族構成】 男□ 女○

(例) 父□ ———— ○母



兄 本人 妹

### 家族の状況

氏名	続柄	生年月日	同居・別居	備考
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		
		・ ・		

災害時の避難所（ご家族で話し合っておきましょう。）

\*地域の学校、公共施設名、福祉避難所の電話番号など具体的に記入してください







## 生育歴・発育歴①



### 出生時状況

出生病院						
分娩の経過	頭位	骨盤位				
出産の様式	正常分娩	帝王切開	吸引分娩	鉗子分娩	その他	
出生時の状況	在胎期間	週		日		
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm
	胸囲	cm				
	黄疸	無・有	(アプガー指数			点)
	問題	なし あり( )				

### 発達の記録

乳の飲み方	良・普通・弱	指差しをする	歳	か月	
首のすわり	歳	か月	意味のある言葉	歳	か月
歯の生え始め	歳	か月	二語文を話す	歳	か月
お座り	歳	か月	はいはい	歳	か月
一人で歩く	歳	か月	オムツがはずれる	歳	か月

### 乳幼児健康診査の状況

4か月児 健康診査	体重	g	身長	cm
	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 要観察( )		
	<input type="checkbox"/> 未受診			
1歳6か月児 健康診査	体重	kg	身長	cm
	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 要観察( )		
	<input type="checkbox"/> 未受診			
3歳児 健康診査	体重	kg	身長	cm
	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 要観察( )		
	<input type="checkbox"/> 未受診			



あゆみ



## 教室、療育の参加状況

健診事後教室（コアラッコ教室）	<input type="checkbox"/> 参加	<input type="checkbox"/> 不参加
幼児期に相談した機関（		）
（		）
母子通園（児童発達支援事業利用含む）	<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無
教室名（		）
通園期間（	年 月～	年 月）
教室名（		）
通園期間（	年 月～	年 月）
教室名（		）
通園期間（	年 月～	年 月）

	機関名	特記事項（期間・担当・経過等）
療 育		



あゆみ



		園名	特記事項 (期間・担当・経過等)
		園	
		学校名	特記事項 (期間・担当・経過等)
		小学校	
中学校			



あゆみ



支 援 機 関	事業所名	特記事項（法人名・期間・担当・経過等）