

サポートブック

(成人期)



東郷町イメージキャラクター
トッピー

東郷町自立支援協議会 つどま部会

サポートブックとは？

サポートブックは、保護者と関係者（関係機関）が子どもの情報を共有するために作成するファイルです。関係機関や支援者が変わるたびに、同じことを繰り返し伝える負担が少なくなったり、先生や支援者にとって、子どもの様子が正確にわかり適切な支援につながるメリットがあります。

① つづる

子どもの様子や支援を受けた内容などをつづります。



② 伝える

これまでつづってきたサポートブックを関係機関の関係者に見せることで、子どもの情報を整理してわかりやすく伝えられます。



③ つなぐ

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を受けられるように活用することができます。



サポートブックを使うとき

- ◆入園、入学、就職、福祉サービスの利用など、新たに関係機関との関わりが始まる時
- ◆これまでの育ちの様子や支援内容などを詳しく伝えることが必要になったとき

使用上・保管上の注意

記載する内容は、重要な個人情報です。保護者、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。

関係機関の方へ

サポートブックは、ご本人のことを理解するためや支援の手がかりとして活用するものです。ご本人やご家族が記入することが原則ですが、内容によっては学校や支援機関のアドバイスが必要となるときがあります。その際には、記入内容や書き方、整理の方法などについてアドバイスしていただきますようお願いいたします。

☆サポートブックの配布場所

- ・東郷町役場 福祉課 障がい福祉係

電話：0561-56-0732 F A X：0561-38-7932

- ・東郷町役場 こども保健推進室（いこまい館2階）（就園前のお子さん向けに配布）

電話：0561-37-5813 F A X：0561-37-5823

- ・東郷町障がい者相談支援センター（ローゼル）

電話：0561-39-0994 F A X：0561-37-5412

お気軽にご相談ください



※町ホームページからもダウンロードできます。

サポートブックの構成

基本事項

- 本人の紹介
- 生い立ち
- 年表
- 私を中心とした生活マップ
- 生活の記録
- 相談・受診・検査などの記録

基本事項は、お子さんについての基本的な項目を記入するものです。

①～③については、必要に応じてファイルに追加しましょう。

① 支援者に知っておいてほしいこと

- 支援のヒント
- 保護者から伝えたいこと

就園、就学、進級など、所属先が変わる時に記入しましょう。

② 医療編

- アレルギーの記録
- 定期的に受けている医療や処置
- 特に気をつけてもらいたい病状

アレルギー、病気、薬のことなど、からだのことで知っておいてほしいことがある時に記入しましょう。

③ 福祉編

- 福祉支援の記録
- サービス利用の記録
- 将来の暮らしプラン

手帳、年金、手当、医療助成、通所・入所支援、福祉サービスなどについてのページです。

本人の紹介

記入日（ 年 月 日）年齢（ 歳）

ふりがな		性別	血液型	生年月日
本人氏名		男・女	型	年 月 日
呼び名		自宅電話	— —	
		携帯電話	— —	
住所	〒 —			
家族の緊急連絡先 （優先順位の高い順 にご記入ください。）	氏名		続柄	
	連絡先	電話		— —
		携帯		— —
	氏名		続柄	
連絡先	電話		— —	
	携帯		— —	

☆該当する部分に丸をつけて下さい☆

障害者手帳の有無 有 ・ 無

（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）

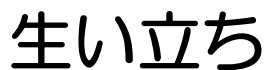
服薬の有無 有 ・ 無

アレルギーの有無 有 ・ 無

発達検査の実施 有 ・ 無

医師から診断を受けている方は、下記にご記入ください。

診断名	
-----	--



◆出生時・出産後・発達の状況等を記入しましょう。

出産の状況	●出産の時に下記のことがありましたか（はい・いいえ）
	逆子・帝王切開・誘発分娩・吸引分娩・鉗子分娩・臍帯巻絡 その他（ ）
出生時の状態	●生まれた時、下記のことがありましたか（はい・いいえ）
	すぐ泣かない・保育器（ 日間）・酸素吸入（ 日間）・ひきつけ 重度黄疸（光線療法・交換輸血）・その他（ ）
	●出生時について
	出生体重（ g） 身長（ cm） 頭囲（ cm） 聴力検査 ABR（正・異） アプガースコア（ / ） 在胎週数（ 週 日） 出産医療機関（ ）
乳幼児期	●成長について
	首のすわり（ 歳 か月）・あやすと笑う（ 歳 か月） 寝返り（ 歳 か月）・お座り（ 歳 か月）・はいはい（ 歳 か月） 人見知り（ある 歳 か月 ・ ない） 名前を呼ぶと振り向く（ある 歳 か月 ・ ない） ひとり歩き（ 歳 か月） 指さしがあった（はい・いいえ） 言葉がでた時期（ 歳 か月）・どんな言葉でしたか（ ） 「わんわん 来た」などの二語文を話す（ 歳 か月）
	●大きな病気をしましたか（はい・いいえ）
	病名（ ） ・ （ 歳 か月 ）
	●気になったことはありましたか（はい・いいえ） 例）名前を呼んでも視線が合いにくかった、「ママ」など一旦出ていた言葉がなくなったなど

健診について	健診を受けた機関を記入しましょう。また、そのときに、医師や保健師からの指導・心理相談員の発達検査等を受けた場合は、その内容を書きましょう。
	1 か月児健診 (受診 ・ 未受診) []
	4 か月児健診 (受診 ・ 未受診) []
	乳児後期健診 (受診 ・ 未受診) []
	1 歳 6 か月児健診 (受診 ・ 未受診) []
	2 歳児歯科健診 (受診 ・ 未受診) []
	3 歳児健診 (受診 ・ 未受診) []
	その他の健診等 歳 月 日の時に [] 歳 月 日の時に []

年 表

基本 年表（就学前・小学校）



◆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。

【就学前】

年齢	通っていたところ	その年のできごとや様子など
0～1歳		
1～2歳		
2～3歳		
3～4歳		
4～5歳		
5～6歳		

〇〇幼稚園・〇〇保育園・習い事など

児童クラブの利用・その他のサポート
なども記入しましょう

【小学校】

学校名	担任の先生	その年のできごとや様子など	支援学級 在籍
	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】

基本 年表（中学校～）

学校名	担任の先生		その年のできごとや様子など	支援学級 在籍
	1 年			あり・なし
	2 年			あり・なし
	3 年			あり・なし

【高校】

学校名（コース・科）	担任の先生		その年のできごとや様子など
	1 年		
	2 年		
	3 年		

【学校卒業後の所属先（大学・就労先など）】

所属	期間	その年のできごとや様子など
	年 月 日 から 年 月 日 （ 歳～ 歳）	
	年 月 日 から 年 月 日 （ 歳～ 歳）	
	年 月 日 から 年 月 日 （ 歳～ 歳）	
	年 月 日 から 年 月 日 （ 歳～ 歳）	

私を中心とした生活マップ（ 歳）

（記入日 年 月 日）

よく行く場所

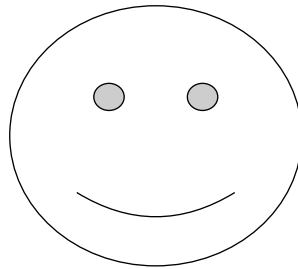
所属

余暇

友達・仲間

支援者

わたし



家族・親族

相談先

病院など

その他（災害時避難場所など）

生活の記録（ 歳）

基本生活の記録

記入日（ 年 月 日）

●平日の過ごしかた

午前	0	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
午後	12	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	

●休日の過ごしかた

午前	0	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
午後	12	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	

●1週間の過ごしかた

◆余暇活動や通っている場所などを記入しましょう。

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

相談・受診・検査などの記録



◆相談したことや、アドバイスを受けたこと
受けた検査名とその結果、診断名、病名などを記入しましょう。

年月日	機関名＊	内容・結果など
年 月 日 (歳 か月)	(担当者:)	
年 月 日 (歳 か月)	(担当者:)	
年 月 日 (歳 か月)	(担当者:)	
年 月 日 (歳 か月)	(担当者:)	
年 月 日 (歳 か月)	(担当者:)	



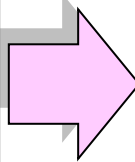
支援のヒント

記入日（ 年 月 日）年齢（ 歳）

◆「こんな時、こうしたら上手くいった」という支援の方法を記入します。

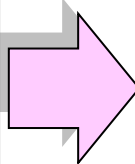
こんな場面で…

こうしたら上手くいった
こんな支援が助かります



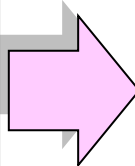
こんな場面で…

こうしたら上手くいった
こんな支援が助かります



こんな場面で…

こうしたら上手くいった
こんな支援が助かります



保護者から へ伝えたいこと

支援者へ 保護者から伝えたいこと
(成人期用)

記入日 (年 月 日)

記入者 ()

◆保護者が記入しましょう。わからない時は、現在の所属先の担当者に相談しましょう。

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
からだのこと (運動・聴力・視力・ 病気・薬など)			
基本的な生活習慣 (食事・排泄・着脱・睡眠・ 清潔など)			
ことば コミュニケーション			
興味・関心 (得意なこと・ 苦手なこと・ 食べ物の好みなど)			
行動等の特徴 (社会性・対人関係)			
その他 伝えておきたいこと (保護者の願いなど)			
担当より 所属： 氏名：			

*所属先等で作成した資料があれば添付しましょう。
また、個別の支援方法で、写真などの資料があれば添付しましょう。

アレルギーの記録

記入日	年 月 日	病名	
医療機関名	TEL () —	医師名	
薬の有無	あり・なし	処方期間： 年 月 日～ 年 月 日	
薬の名前			
治療及び 処置内容			
アレルギーの 症状 (○をつけて 下さい。)	・症状は、喘息・じんましん・嘔吐・下痢・呼吸困難です。 ・()でアナフィラキシーショックを起こしたことがあります。 その他 []		
食べては (触れては) いけないもの			

記入日	年 月 日	病名	
医療機関名	TEL () —	医師名	
薬の有無	あり・なし	処方期間： 年 月 日～ 年 月 日	
薬の名前			
治療及び 処置内容			
アレルギーの 症状 (○をつけて 下さい。)	症状は、喘息・じんましん・嘔吐・下痢・呼吸困難です。 ・()でアナフィラキシーショックを起こしたことがあります。 その他 []		
食べては (触れては) いけないもの			



定期的に受けている医療や処置

記入日（ 年 月 日）年齢（ 歳）

◆処置や対応の内容（○をしてください）

	点滴の管理		経管栄養（経鼻・胃ろう）
	中心静脈栄養		吸引処置（ 回／日 一時的・継続的）
	透析		モニター測定（酸素飽和度 血圧 心拍）
	ストーマの処置		カテーテル（留置・コンドーム型・その他 ）
	酸素療法		褥瘡（床ずれ）
	人工呼吸器		体位交換
	気管切開の処置		その他（ ）
	疼痛の看護		その他（ ）

◆訪問看護

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

診断・大きな病気・ケガなど

時期	医療機関・診断名	備考					
年 月 日 (歳)	医療機関名 医師名 診断名	通院	年 月 日～	年 月 日			
		入院	年 月 日～	年 月 日			
		手術	年 月 日～	年 月 日			
		その他					
年 月 日 (歳)	医療機関名 医師名 診断名	通院	年 月 日～	年 月 日			
		入院	年 月 日～	年 月 日			
		手術	年 月 日～	年 月 日			
		その他					
年 月 日 (歳)	医療機関名 医師名 診断名	通院	年 月 日～	年 月 日			
		入院	年 月 日～	年 月 日			
		手術	年 月 日～	年 月 日			
		その他					
年 月 日 (歳)	医療機関名 医師名 診断名	通院	年 月 日～	年 月 日			
		入院	年 月 日～	年 月 日			
		手術	年 月 日～	年 月 日			
		その他					

特に気をつけてもらいたい病状

記入日（ 年 月 日）年齢（ 歳）

- ◆ひきつけや心臓病、ぜんそく、てんかんなど特に気をつけてもらいたい病状について記入しましょう。
◆支援機関などから連絡をする場合があるので、主治医に了承をもらっておくようにしましょう。

病名	症状		対応	
	医療 機関名	TEL（ ） —		主治医
病名	症状		対応	
	医療 機関名	TEL（ ） —		主治医
病名	症状		対応	
	医療 機関名	TEL（ ） —		主治医

◆処置や対応について、具体的な注意点など

福祉支援の記録

【 障害者手帳 医療助成関係 手当・年金 】

●身体障害者手帳

交付日	障がい名	次回認定の時期	障がい名
年 月		年 月	
等級		等級	
級		級	

●療育手帳

交付日	①次回更新の時期	②次回更新の時期	③次回更新の時期
年 月	年 月	年 月	年 月
	A・B・C・IQ（ ）	A・B・C・IQ（ ）	A・B・C・IQ（ ）
等級	④次回更新の時期	⑤次回更新の時期	⑥次回更新の時期
A・B・C・IQ（ ）	年 月	年 月	年 月
	A・B・C・IQ（ ）	A・B・C・IQ（ ）	A・B・C・IQ（ ）

●精神障害者保健福祉手帳

交付日	①次回更新の時期	②次回更新の時期	③次回更新の時期	④次回更新の時期
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級
等級	⑤次回更新の時期	⑥次回更新の時期	⑦次回更新の時期	⑧次回更新の時期
1級・2級・3級	年 月	年 月	年 月	年 月
	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級

●医療助成

医療費の助成		受給期間	内容・病名など
自立支援医療	育成	年 月～ 年 月	
	更生	年 月～ 年 月	
	精神通院	年 月～ 年 月	
小児慢性特定疾患医療		年 月～ 年 月	

●手当・障害年金

手当・年金	受給期間
特別児童扶養手当	年 月～ 年 月
障害児福祉手当	年 月～ 年 月
障害年金（ ）級	年 月～ 年 月
その他（ ）	年 月～ 年 月
その他（ ）	年 月～ 年 月

サービス利用の記録

福祉編 サービス利用の記録

【 障害児通所・入所支援 障害福祉サービスなど 】

◆利用している支援の内容がわかる決定通知書などを一緒にファイルしましょう。

サービスの種類	期間	支給量／月	事業所名
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		
	年 月 日 から 年 月 日 (歳～ 歳)		

※サービスの種類

(福祉型・医療型) 児童発達支援、放課後等デイサービス、(福祉型・医療型) 障害者入所支援
計画相談支援、障害児相談支援

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所(ショートステイ)、療養介護

重度障害者等包括支援、生活介護、共同生活援助(グループホーム)、自立訓練、就労移行支援、就労選択支援、就労継続支援A型・B型、移動支援、日中一時支援、補装具





将来の暮らしプラン

記入日(年 月 日)年齢(歳)

- ◆学校卒業時などに将来のプランについて書きましょう。
◆福祉サービスなどの支援計画もファイルしておきましょう。

	将来の暮らしプラン例	現在の生活
住む	1人で住む・家族と住む・グループホームで住む・施設に入所する ・その他（ ）	
働く 昼間の活動	進学する・会社に勤める・通所施設に通う・資格や免許をとる など	
収入	給料・障害年金・手当 など	
社会参加 余暇活動	趣味や楽しみ・ボランティア活動・友達との交流 など	
医療	通院・入院・訪問看護・リハビリ など	
福祉	ホームヘルプや短期入所（ショートステイ）・成年後見の利用 など	
相談	相談支援事業所・サービス事業所・学校の先生 など	

～本人の目標とする暮らしプラン～

※上記の内容に付け加えたいことがあればご記入ください。