

サポートブック

(就園前～就園期)



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

- ・東郷町委託相談支援事業所ファインにて作成のお手伝いいたします。

ご希望の方は福祉課までご連絡ください。

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

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）（ 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	
-----	--

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

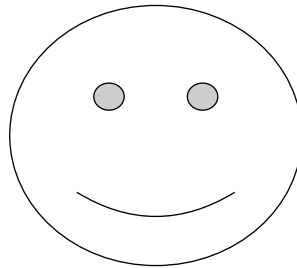
所属

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①

(記入日:

年

月

8

◆保護者が記入しましょう。わからない時は、現在の所属先の先生（担任・担当）に相談しましょう。

〈本人のすがた〉

*自立：自分でできる

一部介助：一部介助が必要

全介助：全て介助が必要

ふりがな 氏 名						生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
項目			自立	一部介助	全介助	記入者 ()		
			*当てはまる欄に○印			備考		
からだのこと	移動	屋内						
		屋外						
	姿勢	立った状態						
		座った状態						
		寝返り						
		起き上がり						
	視力	右：		左：				
	聴力	右：		左：				
	その他							
生活習慣のこと	食事	手づかみ	する ・ しない					
		スプーン使用						
		箸の使用						
		コップの使用						
	排泄	排尿						
		排便						
	着脱	シャツ						
		ズボン						
		下着						
		靴						
		帽子						
	清潔	歯磨き						
		手洗い						
		顔を洗う						
		整髪						
		入浴						
	睡眠	睡眠時間 (: ~ :)		昼寝 (: ~ :)				
	その他							

氏名：_____

(記入日： 年 月 日)

コミュニケーション	ことばの理解	
	伝える方法	
人との関係	おとな	
	こども	
好き・得意なこと	食べ物・物・遊び・過ごし方など	
嫌い・苦手なこと	食べ物・音・物・場所 感触など	
その他 伝えておきたいこと (保護者の願いなど)		
担任(担当)より 所属： 氏名：		

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
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、(福祉型・医療型) 障害児入所支援、障害児相談支援
保育所等訪問支援、補装具

