

大田市マスコットキャラクターらとちゃん©2012 大田市 K236

お名前: _____

大 田 市

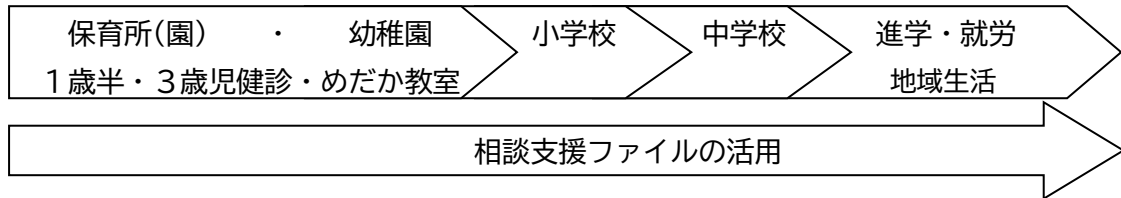
目 次

1. 保護者のみなさま、関係機関のみなさまへ
2. プロフィール
家族状況、生育歴、既往歴、手帳、療育・治療・相談支援記録等
3. 個別の指導計画
未就学用、就学後用
4. レポートファイル
生活習慣、遊び・学習、コミュニケーション等
5. 各種手帳・手当など手続き状況
6. その他記録等

保護者のみなさま、関係機関のみなさまへ

《相談支援ファイルとは》

相談支援ファイルは子どもたちの発達特性や保護者の皆さんの要請（教育的ニーズ）に応じた、「教育的支援」を乳幼児期から学校卒業まで一貫して行っていくための大切な情報を集めたものです。



《活用方法》

- ①入園・転園・入学・転校・進学・地域生活・就労などのさまざまな場面での情報交換に活用してください。
- ②病院や保育所(園)・幼稚園・認定こども園、学校、医療・福祉の窓口などで相談するときにお子さんの状況説明にご利用ください。簡単に正確な情報提供ができます。
- ③病院や保育所(園)・幼稚園・認定こども園や学校で渡された資料や記録をこのファイルにとじてください。成長の過程を振り返ったり、相談に役立ちます。
- ④将来、福祉サービスの利用や障害年金申請の際の資料として役立ちます。

《相談支援ファイルの保管・管理》

原則、保護者が保管・管理をしてください。関係機関（保育所(園)・幼稚園・小学校・中学校・特別支援学校・高等学校など）で保管・管理する場合には、保護者が個別に関係機関とご相談ください。

《個人情報の保護》

このファイルは、重要な個人の情報です。プライバシーを厳守し、取り扱いには十分に注意するとともに厳重に管理してください。

《その他》

保護者を中心に記入をしてください。作成にあたって、必要な場合は、保育所(園)・学校・保健師等に手伝ってもらってください。ファイルに書ききれないことなど、個々の特性に合わせて、別紙や付記等を工夫して対応してください。

このファイルの様式は、大田市ホームページでダウンロードすることができます。

ホームページはこちら 



プロフィール

こどもの ふりがな 氏名			生年 月日	年 月 日		
保護者 氏名			電話番号			
住所	市 町		番地			
家族の 状況	名前	続柄	生年月日	名前	続柄	生年月日
生育歴	胎生期	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり *在胎周期 週 日 *出生体重 g				
	出生期	*新生児聴覚検査 (左: パス・リファーマー)(右: パス・リファーマー) リファーマーの場合 結果() *その他()				
乳児期	首のすわり	_____歳__か月	寝返り	_____歳__か月		
	ひとりで立つ	_____歳__か月	ひとりで歩く	_____歳__か月		
幼児期	発語(初語)	_____歳__か月	2語文	_____歳__か月		
	その他	健診の様子で気になったことなど(1歳半・3歳・発達クリニック・その他) ・ 身体発達 (良 ・ 普通 ・ 不良 :) ことば (よく話した ・ あまり話さなかった ・ はっきりしなかった) 行動 (おとなしい ・ 普通 ・ 多動) その他 気になったことなど(偏食・睡眠・感覚過敏など) ・				
既往歴	今までにかかった大きな病気 (_____、時期: _____ 歳 か月頃) 気になる症状 (_____) 服用している薬 (無 ・ 有 : _____) 医療的ケア (無 ・ 有 (ケアの内容) _____)					
手帳	療育手帳 (無 ・ 有 : A ・ B) [_____ 年 月 交付] 身障手帳 (無 ・ 有 : _____ 級) [_____ 年 月 交付] 精神手帳 (無 ・ 有 : _____ 級) [_____ 年 月 交付]					
診断名						

*本シートは、園児児童生徒のプロフィールであり、保護者が記述し、必要に応じて更新する。

年代	学校・学級名	療育・治療・相談支援記録	備考
乳幼児期 (就園前)	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
保育所(園) ・幼稚園	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
小学校	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
中学校	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
高校	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
卒業後	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	
	(名称：) 年 月～ 年 月	(機関名) 年 月 (内容等：)	

【個別の指導計画】

(未就学用)

歳	なまえ 名前
保育所(園)幼稚園名: クラス:	

		基本的な生活習慣 (生活・健康面 身辺自立等)	運動・感覚等 (粗大運動・ 微細運動等)	人とのかかわり 集団参加	言語・表現・理解	情緒
こどもの様子	生活の状況					
	支援が必要なところ					
目標及び支援の方針						
支援	ねらい					
	指導内容					
	具体的な支援					
作成日	令和 年 月 日	作成者				

【メモ】

該当する項目の
記入をお願いします☆



【個別の指導計画】
(就学後用)

歳	なまえ 名前
学校：	
学年：	

目 標						
項 目		児童・生徒の様子	これまでの支援等	これからの支援等		
生 活 面	① 食事					
	② 排泄					
	③ 衣服の着脱					
	④ 安全					
	⑤ 清潔					
	⑥ 物の管理					
	⑦ 予定の管理					
	⑧ その他					
運 動 ・ 身 体 面	① 健康					
	② 全身運動					
	③ 手指の操作					
	④ 調整力					
	⑤ 持久力					
	⑥ その他					
理 解 ・ 言 語 面	① 基本的認知力					
	② ことば					
	③ かず					
	④ こだわり					
	⑤ その他					
社 会 面	① 対人関係					
	② 集団参加					
	③ コミュニケーション					
	④ 興味関心					
	⑤ 遊び					
	⑥ 情緒の安定					
	⑦ その他					
作成日	令和	年	月	日	作成者	

【メモ】

該当する項目の
記入をお願いします☆



レポートファイル

*全て書く必要はありません。必要な項目のみ書いて下さい。

記入日: 年 月 日
記入者:

名前 (歳)

保育所(園)・幼稚園・学校	(学年・クラス)
支援機関	
主治医	
その他(学童など)	

健康面について

病気 ある・なし	診断名
	注意・配慮するところ
薬 ある・なし	注意・配慮するところ(飲みかたや頓服薬をどんなときに使うかなど)など

生活習慣について

食事	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要
	手づかみ ・ スプーンまたはフォーク ・ はし ・ その他:
	注意・配慮するところ(食事の形態やアレルギーなど)
トイレ	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要
	注意・配慮するところ
着替え	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要
	注意・配慮するところ
入浴	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要
	注意・配慮するところ
その他	注意・配慮するところなど

遊び・学習について

遊び	好きな遊び:
	苦手な遊び:
学習	好きな勉強:
	苦手な勉強:
その他	注意・配慮するところなど

コミュニケーションについて

*当てはまるものにチェックを付けてください。

<p>意思表示</p> <p>*自分の気持ちを相手にどのようにして伝えていますか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉で伝える事が出来る ・身振りで伝える事が出来る ・発声伝える事が出来る ・独自の方法(身振り、絵カード、写真など) ・笑ったり、泣いたり、怒ったり、表情で伝える事が出来る ・意思表示が難しい ・ほとんど目が合わない ・その他:
<p>理解</p> <p>*相手の話をどのような方法、あるいはどのように理解していますか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉での説明が理解できる ・独自の方法で理解できる(身振り、絵カード、写真など) ・その他:
<p>対人関係</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・集団に入る事が出来る ・一人で居る事が好き ・友人と楽しく遊ぶ ・限られた人であれば遊んだり、話ができる ・自分から相手に話しかけたり、相手からのはたらきかけに反応する ・過剰に反応するまたは全く反応しない。 ・その他:
<p>その他</p>	<p>注意・配慮するところなど</p>

パニック・こだわりについて

<p>パニック</p> <p>あり・なし</p>	<p>きっかけやその時のようす:</p>
<p>こだわり</p> <p>あり・なし</p>	<p>どんなとき、どんなこと:</p>

その他

本人の得意な事、関心がある事、エピソードなど書いて下さい。

レポートファイル(記載例) *全て書く必要はありません。必要な項目のみ書いて下さい。

記入日: 年 月 日

記入者:

名前 (歳)

保育所(園)・幼稚園・学校	△△小学校 (学年・クラス △組)
支援機関	〇〇病院、△△相談支援事業所、
主治医	□□医師
その他(学童など)	〇〇放課後デイサービス、△△クラブ

健康面について

病気 (ある)なし	診断名 ・てんかん ・自閉症
	注意・配慮するところ ・体温調整が上手く出来ない。特に暑さに弱いので、衣類の調整や冷房、涼しい場所への移動が必要になる。
薬 ある(なし)	注意・配慮するところ(飲みかたや頓服薬をどんなときに使うかなど)など

生活習慣について

食事	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要 手づかみ ・ スプーン(また)はフォーク ・ はし ・ その他:
	注意・配慮するところ(食事の形態やアレルギーなど) ・そば、小麦、玉子 ・そばは茹でている部屋に居ただけでじんましんが出る。 ・熱いものは極端に苦手。少し時間を置くか取り分けている。
	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要 注意・配慮するところ ・おしっこと言えないので2~3時間ごとに声を掛けている。 ・和式では便ができない。便の後にお尻を拭くことが出来ないなので、後で綺麗に拭いている。
着替え	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要 注意・配慮するところ ・はだしが好きなのですぐに靴下を脱ぐ。脱いだ靴下はポケットに入れるように言っている。
	ひとりできる ・ 見守りや声掛けがあればできる ・ 一部サポートが必要 ・ 全面的なサポートが必要 注意・配慮するところ ・シャンプー、リンス、ボディーソープの区別がつかないので教えている。
入浴	注意・配慮するところなど ・歯磨き粉は嫌いなので、使わずに磨いている。 ・顔をぬらすことは嫌がるので、濡れたタオルを渡すと自分で拭く。

遊び・学習について

遊び	好きな遊び: (室内) 電車を並べてみていること (室外) 水遊び、砂場で遊ぶこと 苦手な遊び: (室内) 大勢の中での活動は苦手(リズム運動や歌を唄うなど) (室外) 泥んこ遊びなど汚れる遊び
-----------	---

学習	好きな勉強:算数、図工 苦手な勉強:音楽、国語
その他	注意・配慮するところなど ・鬼ごっこやかくれんぼなどルールが分からないので遊びの中に入ろうとしない。 ・順番を待つ事が出来ないことが多いので、「〇〇さんの次です。」と伝えている。

コミュニケーションについて

*当てはまるものにチェックを付けてください。

意思表示 <small>*自分の気持ちを相手にどのようにして伝えていますか</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉で伝える事が出来る ・身振りで伝える事が出来る ・発声伝える事が出来る ・独自の方法(身振り、絵カード、写真など) ・笑ったり、泣いたり、怒ったり、表情で伝える事が出来る ・意思表示が難しい ・ほとんど目が合わない ・その他:
理解 <small>*相手の話をどのような方法、あるいはどのように理解していますか</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉での説明が理解できる ・独自の方法で理解できる(身振り、絵カード、写真など) ・その他:
対人関係	<ul style="list-style-type: none"> ・集団に入る事が出来る ・一人で居る事が好き ・友人と楽しく遊ぶ ・限られた人であれば遊んだり、話ができる ・自分から相手に話しかけたり、相手からはたらきかけに反応する ・過剰に反応するまたは全く反応しない。 ・その他:
その他	注意・配慮するところなど ・怪我をしても、痛みに対して鈍感なところがあり、痛いという感情が見られず訴えも出来ない。

パニック・こだわりについて

パニック あり ・なし	きっかけやその時のようす: ・大きな物音がすると、大声を出してその場を走りまわるか、その場に寝そべて泣きじゃくるけれど、まず手を繋いで「大丈夫だよ」と声を掛けながら、静かなところへ連れて行くと徐々に落ち着く。
こだわり あり ・なし	どんなとき、どんなこと: ・窓のサンを触って歩く。その時は、無理やり制止をすると大きな声が出る事があるので、本人が納得いくまでやらせている。

その他:本人の得意な事、関心がある事、エピソードなど書いて下さい。

レポートファイルに記載した
 普段の生活の様子のほかにも、
 診断書の写し、検査結果や
 福祉サービスの計画書など
 一緒にファイリングしましょう！



各種手帳・手当等手続き状況

記入日： 年 月 日

各種手帳、手当等		取得状況等
手帳	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B 次回判定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 ・ <input type="checkbox"/> 5級 ・ <input type="checkbox"/> 6級 次回判定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
	精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級 有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
手当	特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
	障がい児福祉手当	<input type="checkbox"/> 有 有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
	特別障がい者手当	<input type="checkbox"/> 有 有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
医療費等	自立支援医療（精神通院医療）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	大田市精神障がい者通院医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	自立支援医療（更生医療）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	自立支援医療（育成医療）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	福祉医療制度	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	障がい者等福祉タクシー利用料金助成事業	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
受給者証	障がい福祉サービス受給者証	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	地域相談支援受給者証	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	療養介護医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
年金	障がい基礎年金	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級
	障がい厚生年金	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級
	障がい共済年金	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級

【 × モ 】

各種手帳・手当等の紹介

	種類	内容
手帳	療育手帳	知的障がいのあるかたが、さまざまなサービスを受けるために必要な手帳です。本人の申請に基づき島根県知事から交付されます。
	身体障がい者手帳	身体に障がいのあるかたが、さまざまなサービスを受けるために必要な手帳です。本人の申請に基づき島根県知事から交付されます。
	精神障がい者保健福祉手帳	精神障がいのあるかたが、社会復帰や社会参加の促進や自立を図る支援を受けるため、本人の申請に基づき、島根県知事から交付されます。高次脳機能障がいや発達障がいがあるかたも交付の対象です。
手当・医療費等	特別児童扶養手当	20歳未満の障がい児の父母又は養育者が、次の障がい程度に該当する児童を監護、養育する場合に支給されます。
	障がい児福祉手当	20歳未満で重度の障がいがあるため、日常生活で、常時の介護を必要とするかたに支給されます。
	特別障がい者手当	20歳以上で著しく重度の障がいがあるため、日常生活で、常時特別の介護を必要とするかたに支給されます。
	自立支援医療 (精神通院医療)	精神疾患で通院治療を受けている場合に、医療費の自己負担を軽減する制度です(自己負担が原則1割になります)。
	大田市精神障がい者 通院医療費助成制度	自立支援医療(精神通院医療)受給者が、自己負担する精神通院医療にかかる総医療費(診療費、薬剤費)の半額を助成します。
	自立支援医療 (更生医療)	身体上の障がいを軽くしたり、取り除いたりし、日常生活を容易にするために必要な医療費の一部を公費により負担する制度です(自己負担が、原則1割になります)。対象:身体障がい者手帳の交付を受けている18歳以上のかたで、給付の対象となる医療を受けるかた(18歳未満の児童は育成医療の対象)
	自立支援医療 (育成医療)	身体に障がいのある児童が障がいを軽減するために行う手術などにかかる医療費の一部を公費により負担する制度です(自己負担が、原則1割になります)。対象:18歳未満の児童であって、身体上の障がいや疾患への医療を行わないと将来において一定の障がいを残すと認められ、手術などで確実な治療効果を期待できること。
	福祉医療制度	重い障がいのあるかたなどに対し、医療費の自己負担分に対して助成を行います。
	障がい者等福祉タクシー 利用料金助成事業	重度の身体障がい者、重度の知的障がい者、あるいは、精神障がい者が社会参加・通院等のために利用するタクシー利用料金を助成します。身体障がい者手帳1・2級、療育手帳A、精神障がい者保健福祉手帳1～3級(療育手帳と精神障がい者保健福祉手帳については、有効期限等内のものに限る)
年金※1	障がい基礎年金	国民年金加入中あるいは20歳前に障がい者になったかた
	障がい厚生年金	厚生年金加入中の病気やケガがもとで障がい者になったかた
	障がい共済年金	共済年金加入中の病気やケガがもとで障がい者になったかた

※1 障がいの状態が定められた基準に該当し、そのときの年金の加入状況等、一定の納付要件を満たしている場合に支給されます。また、年金の等級は手帳の等級とは異なります。

