

# あんしん サポートブック

こすもす



ふりがな

氏名

---

愛称

---

# サポートブックの使い方

## ☆ サポートブックとは ☆

お子さんの発育発達には、一人ひとりのニーズを把握し乳幼児期から学校卒業後の就労期までにわたる一貫した支援が必要です。そのためには、お子さんや保護者を中心に、支援にかかわる関係機関・関係者が基本的な情報を共有することが大切です。

この個別支援ファイル「あんしんサポートブック」は、成長過程に応じて一貫した支援を受けられるようにするために、ご本人や保護者自身がこれまでの支援などの状況を記録するファイルです。

## ☆ サポートブックの使い方について ☆

- ① ファイルを受け取ったら、記入できるところから書き入れていきましょう。  
(すべてのページを記入する必要はありません。)
- ② 医療機関への受診や相談、福祉サービスの手続等のときには必ず持参し、必要に応じて書き入れてもらいましょう。
- ③ 気づいたことや心配なことなど、何でも自由に記録しておきましょう。  
用紙が不足した時は関係機関から提供してもらうか、各町村のホームページ福祉課からダウンロードできます。印刷して利用してください。
- ④ ファイルには、ご本人の相談や治療に関する資料も一緒につづっておきましょう。
- ⑤ このファイルは保護者が必要な時に記録し、保管していただきます。



# 次

- プロフィール
- 緊急時の連絡先
- 生育歴・支援の経過
  - 生育歴 発達の経過 入院歴 予防接種状況
  - 既往歴 経歴 福祉用具・自助具の利用状況
  - 居住地 在籍等の状況 療育・保育歴
- 健康情報
- 診断と判定について
- 交付されている手帳及び支給内容
- 記 録
- 現在の関係機関
- 相談・支援マップ
- 生活について
  - 『1日の生活リズム』
- 生活について
  - 本人の状況（各項目）
  - 保護者の願い のぞみ
  - 好き嫌い
  - 保育の記録（保育所・幼稚園・通所支援等）
  - 教育の記録（就学後～卒業まで）
- 進路の記録(卒業後～就労)
- 生活の記録
- 福祉サービスの種類



## あんしんサポートブック

平成 24 年 4 月発行

平成 27 年 8 月改訂

### 参考資料

福島県発達障がい者支援体制整備検討会「ふくしまサポートブック」

東白川地域自立支援協議会「東白川サポートブック」

編 集 : しらかわ地域自立支援協議会 教育・子ども支援部会

西郷村：西郷村役場 福祉課 Tel0248-25-1509

〒961-8091 西郷村大字熊倉字折口原 40

泉崎村：泉崎村役場 住民福祉課 Tel0248-54-1333

〒969-0101 泉崎村大字泉崎字山ヶ入 101

中島村：中島村役場 保健福祉課 Tel0248-52-2174

〒961-0192 中島村大字滑津字中島西 11-1


矢吹町：矢吹町役場 保健福祉課 Tel0248-44-2300

〒969-0296 矢吹町一本木 101

白河市：白河市役所 社会福祉課 Tel0248-22-1111

〒961-8602 白河市八幡小路 7-1

## プロフィール

ふりがな			顔写真 
氏 名			
生年月日	年 月 日	生 歳	
性 別		血液型	
住 所			
T E L	— —		
家 族 ( 続 柄 )		( )	( )
		( )	( )
		( )	( )
		( )	( )

## 緊急時の連絡先

連絡順	名 前			続柄	
1	連絡先	自 宅		携帯	
		勤 務 先			
	住 所				
2	名 前			続柄	
	連絡先	自 宅		携帯	
		勤 務 先			
住 所					
3	名 前			続柄	
	連絡先	自 宅		携帯	
		勤 務 先			
住 所					

ページを書き入れて使用して下さい。  
 同じ様式を別途印刷して利用する場合、1-(2)、  
 1-(3)等、( ) 内にページを書き入れてく  
 ださい。

生育歴・支援の経過

生育歴 (母子手帳を確認して記載してください。)	
妊 娠 中 の 健 康 状 態	<input type="radio"/> 不妊治療 無 ・ 有 <input type="radio"/> 妊娠中 異常なし ・ 異常あり 切迫早産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・前置胎盤・貧血 その他 ( )
出 産 の 状 況	<input type="radio"/> 出産病院 ( ) <input type="radio"/> 妊娠期間 妊娠 ( ) 週 <input type="radio"/> 分娩所要時間 ( 時間 分) <input type="radio"/> 分娩の状況 自然分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩 その他 ( )
出 産 時 の 児 の 状 態	<input type="radio"/> 出生体重 ( g) <input type="radio"/> 異常なし ・ 異常あり 所見 仮死 ( 日間) ・ 黄疸 ・ その他 ( ) 処置 保育器使用 ( 日間) ・ 光線療法 ( 日間) その他 ( )
発達経過	
くびのすわり	歳 か月頃 寝 返 り 歳 か月頃
おすわり	歳 か月頃 はいはい 歳 か月頃
つかまり立ち	歳 か月頃 歩 行 歳 か月頃
意味のある言葉を話す(ママ,ママ,ハ°ハ°,ブ-ブ-等)	歳 か月頃

## 育ちの記録

年月日	身長 (cm)	体重 (kg)	備考

## 入院歴

◎乳児期～幼児期

◎学童期

◎成人期



予防接種状況 (済んだものに○)			
BCG ・ ポリオ (      回 ) ・ 三種混合 (      回 )			
麻しん・風しん (      回 ) ・ 日本脳炎 (      回 )			
四種混合 (      回 ) ・ 水痘 (      回 )			
その他予防接種			
予防接種名	年月日	症状、備考	
既往歴			
熱性けいれん	無・有	年 月 日	処置等
てんかん	無・有	初診 年 月 日	最終発作 年 月 日 ※詳しくは健康情報の欄に記載
慢性疾患	無・有	年 月 日	症状等
はしか	無・有	おたふく	無・有
水ぼうそう	無・有	風しん	無・有
ア レ ル ギ ー	無 ・ 有		
アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 食物アレルギー (      ) ・ その他 (      )			

経緯

年 月	で き ご と

## 福祉用具・自助具の利用状況

福祉用具・自助具の利用 あり なし

<具体的な状況>

居住地 (転居等により居住地が変わった場合、記載してください。)			
居住期間		住 所	
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
在籍等の状況			
保育所	名称	年 月 ~	年 月
幼稚園	名称	園	年 月 ~ 年 月
小学校	名称	小学校	年 月 ~ 年 月
特別支援	名称	小学校	年 月 ~ 年 月
中学校	名称	中学校	年 月 ~ 年 月
特別支援	名称	中学校	年 月 ~ 年 月
高 校	名称	高等学校	年 月 ~ 年 月
特別支援	名称	高等学校	年 月 ~ 年 月
大 学	名称	大学	年 月 ~ 年 月
その他	名称		年 月 ~ 年 月
療育・保育歴			
療 育	名称	年 月 ~	年 月
	名称	年 月 ~	年 月
通園事業	名称	年 月 ~	年 月
	名称	年 月 ~	年 月
一時保育	名称	年 月 ~	年 月
	名称	年 月 ~	年 月
幼児教室	名称	年 月 ~	年 月
	名称	年 月 ~	年 月
訓練等	名称	年 月 ~	年 月
	名称	年 月 ~	年 月

## 健康情報

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬を記載してください。

病 院 名	( 科)		
主治医氏名		TEL	
服用中の薬			
診 断 名			
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			
病 院 名	( 科)		
主治医氏名		TEL	
服用中の薬			
診 断 名			
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			

## 診断と判定について

年月日	機関名	診断名・判定内容

## 交付されている手帳及び支給内容

療育手帳	無・有（ A ・ B ）	年 月交付	
身体障害者手帳	無・有（ 種 級）	年 月交付	
精神保健福祉手帳	無・有（ 種 級）	年 月交付	
重度心身障害者医療	該当・非該当	障害基礎年金	1 級・2 級
特別児童扶養手当	無・有（ 級）	障害児福祉手当	無・有
自立支援医療	無・有	日常生活用具・補装具	無・有









## 現在の関係機関

友だち・コミュニティー

家族



学校・サービス

現在関わっている機関について記載してください。(例) 学校、保育所、児童デイサービス、医療機関など

-( )

# 相談・支援マップ

## 保健・福祉(県)

- 【相談、判定、施設入所等】
- 県中児童相談所白河相談室  
(18歳未満)  
Tel0248-22-5648
  - 県南保健福祉事務所  
【育成医療 等】
    - ・児童家庭支援チーム  
Tel0248-22-5647
  - 【身体、知的、精神等の相談】
    - ・障がい者支援チーム  
Tel0248-22-5649

困りごと相談  
年金申請  
就労支援  
就労訓練  
生活支援

福祉サービス  
高校・大学  
保護者会・サカ  
小・中学校  
幼稚園・保育園

就学相談  
手当申請  
専門医療機関  
療育訓練  
子育て支援

## 労働

- ハロワーク白河  
Tel0248-24-1256

## 教育(県)

- 県南教育事務所  
Tel0248-23-1667
- 県立西郷支援学校  
Tel0248-25-3110
- 県立石川支援学校  
Tel0247-26-5544  
たまかわ校  
Tel0247-57-6291

## 母子保健・福祉

- 西郷村福祉課地域福祉係  
Tel0248-25-1509  
福祉課 子育て支援センター  
Tel0248-25-0001
- 泉崎村 住民福祉課  
Tel0248-54-1333
- 中島村 保健福祉課  
Tel0248-52-2174
- 矢吹町 保健福祉課  
Tel0248-44-2300
- 白河市  
社会福祉課  
子ども支援課  
Tel0248-22-1111

## 教育

- 西郷村教育委員会  
Tel0248-25-2370
- 泉崎村教育委員会  
Tel0248-54-1533
- 中島村教育委員会  
Tel0248-52-3483
- 矢吹町教育委員会  
Tel0248-44-4400
- 白河市教育委員会  
Tel0248-22-1111

## その他の支援機関

- ◆相談支援 ○福島県西白河地域相談センターこひつじ Tel0248-21-8648  
○相談支援センターしらかわ Tel0248-23-3059  
○基幹相談支援センターけんなん Tel0248-21-5484
- ◆就業支援 ○県南障がい者就業・生活支援センターまごころアトピア  
Tel0248-23-8031
- ◆身体障害児(者)親の集い 秋桜会  
県南保健福祉事務所 児童家庭支援チーム Tel0248-22-5647

# 生活について

一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄など）			
1:00			
2:00			
3:00			
4:00			
5:00			
6:00			
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
24:00			

『1日の生活リズム』

時間	す る こ と

# 生活について

<p>食事</p>	<p>                     ≪食事状況≫  <input type="checkbox"/> 食べさせている  <input type="checkbox"/> 介助は必要だが自分で食べようとする  <input type="checkbox"/> 一人で食べる  <input type="checkbox"/> その他 ( )                          ・食事の姿勢 ( )                          ・1回の量 ( )                          ・所要時間 ( ) 分)                      ≪食事形態≫  <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )  <input type="checkbox"/> 経口摂取                          <input type="checkbox"/> ほ乳瓶使用   <input type="checkbox"/> ミキサーにする   <input type="checkbox"/> 柔らかく調理して食べる                          <input type="checkbox"/> 家族と同じ物を刻む   <input type="checkbox"/> おかずは家族と一緒にのものを食べる                          <input type="checkbox"/> その他 ( )                      ≪食器用具≫  <input type="checkbox"/> スプーン   <input type="checkbox"/> フォーク   <input type="checkbox"/> 箸  <input type="checkbox"/> その他(自助具等) ( )                      ≪食事状況≫  <input type="checkbox"/> 飲み込めない   <input type="checkbox"/> 噛まずに飲み込む   <input type="checkbox"/> 普通に食べる  <input type="checkbox"/> よくむせる   <input type="checkbox"/> 時々むせる  <input type="checkbox"/> その他 ( )                      ≪食欲≫  <input type="checkbox"/> あり   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 変動する                          ・好きな食べ物 ( )                          ・嫌いな食べ物 ( )                      ≪配慮が必要なこと≫                 </p>
<p>水分 状況</p>	<p> <input type="checkbox"/> 水分は飲めない   <input type="checkbox"/> ほ乳瓶で飲む  <input type="checkbox"/> スプーンで一口ずつのませる  <input type="checkbox"/> ストローで飲む・飲ませる  <input type="checkbox"/> ピジョンで飲む・飲ませる  <input type="checkbox"/> コップで飲める・飲ませる  <input type="checkbox"/> その他(トロミの有無等) ( )    <input type="checkbox"/> 1回量(約 ) cc)  <input type="checkbox"/> 1日量(約 ) cc)                 </p>

トイレ	排尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> パンツを使用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> おむつを使用（頻度・間隔                      ） <input type="checkbox"/> 定時にさせる（                      :                      、                      :                      、                      :                      、                      :                      ） <input type="checkbox"/> 尿意を知らせる（方法                      ） <input type="checkbox"/> その他（                      ） ≪配慮が必要なこと≫
	排便	<input type="checkbox"/> 自然に便が出る（毎日・                      日毎）（1日                      回） <input type="checkbox"/> 便の状態（                      ） <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> 定時にさせる（                      :                      、                      :                      、                      :                      、                      :                      ） <input type="checkbox"/> 排便を知らせる（方法                      ） <input type="checkbox"/> 便意を教える（方法                      ） <input type="checkbox"/> 浣腸・下剤を使用している （下剤名                      ） （頻度                      ） <input type="checkbox"/> その他（                      ） ≪配慮が必要なこと≫
衣服の 着脱		<input type="checkbox"/> 自分で着られる <input type="checkbox"/> 一部手助け（                      ） <input type="checkbox"/> 全部着せている ≪配慮が必要なこと≫
洗面 ・ 入浴	洗面 ・ 歯磨き	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助け ≪配慮が必要なこと≫
	入浴	≪配慮が必要なこと≫入浴方法等





コミュニケー ション	意思 伝達	<input type="checkbox"/> 言葉で伝えられる（単語・二語文・ ） <input type="checkbox"/> 独自の方法で伝えられる （身振り・絵カード・写真・ ） ≪配慮が必要なこと≫
	理解	<input type="checkbox"/> 言葉で伝える（単語・二語文・ ） <input type="checkbox"/> 独自の方法で伝える （身振り・絵カード・写真・ ） ≪配慮が必要なこと≫
保護者 の願い		
のぞ み	短期	
	長期	

項目 (遊び等)	好き	嫌い

保育の記録(保育所・幼稚園・通所施設等)			
期間		年 月 ~ 年 月	
保育園・幼稚園名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
家庭	本人の様子	入園(所)時	卒園(満了)時
	その他 特記事項		
期間		年 月 ~ 年 月	
保育園・幼稚園名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
家庭	本人の様子	入園(所)時	卒園(終了)時
	その他 特記事項		

この用紙は、1年毎に記入すると、より具体的な支援に活用いただけます。

### 教育の記録(就学後～卒業まで)

期 間	年 月 ～ 年 月	
学校名		
学級名(種別)	組(通常学級・特別支援学級・通級指導教室)	
担任氏名(通級・支援員等担当者氏名)		
教育ニーズ	本人の願い	
	保護者の願い	
	教師の願い	
学習及び生活の状況		
	本人の様子	
学習		
生活		
その他		
生活及び家庭の状況		
本人の生活の様子や伸ばしたいこと		
家庭の状況や心配なことなど、支援者に知っておいてほしいこと		

## 進路の記録（卒業後～就労）

### 進路についての希望

本人の希望	
保護者の意向	

### 現在の生活状況

日常生活	
対人関係	
その他	

### 卒業後に希望する支援

進学先または就労先 における支援	
生活についての支援	

## 生活の記録

成年後見制度利用	無・有（後見・ 保佐・ 補助）
安心林 <sup>®</sup> -ト事業 (日常生活自立支援事業)	利用している ・ 利用していない



## 福祉サービスの種類（障害者総合支援法）

	サービスの種類	サービスの内容
介護給付	居宅介護	ヘルパーが家に来て、身の回りの手伝いをしてくれます。 ○着替えや入浴の手伝い ○食事の用意 ○部屋の掃除や洗濯
	重度訪問介護	ヘルパーが、重い障がいのある人の家に来て、日常生活や外出の手伝いをしてくれます。
	同行援護	視覚障がいのある人のことをよくわかっているヘルパーがそばにいて、安心して外出できるように支援してくれます。
	行動援護	知的障がい・精神障がいのある人のことをよくわかっているヘルパーがそばにいて、安心して外出できるように支援してくれます。
	重度障害者等包括支援	重い障がいのある人が、生活するために必要なサービスを組み合わせて使うことができます。 ○重度訪問介護と短期入所 ○生活介護と共同生活介護 など
	短期入所（ショートステイ）	家族に用事があるときなどに、施設に短期間泊まることができます。
	療養介護	重い障がいのある人が入院して医療を受けながら、日常生活の手伝いを受けることができます。
	生活介護	施設で、日中活動の支援を受けることができます。 ○入浴、トイレ、食事の手伝い、作業 等
	施設入所支援	日常生活の手伝いを受けながら、施設で暮らすことができます。
訓練等給付	自立訓練（機能訓練）	体に障がいのある人が、体をうまく動かすことができるように、訓練を受けることができます。（利用期間 1年6カ月間）
	自立訓練（生活訓練）	障がいのある人が、地域での生活に困らないように、自分で身の回りのことをする訓練を受けることができます。（利用期間 2年間）
	自立訓練（宿泊型訓練）	夜間共同生活をしながら、日常生活に関することを訓練することができます。（利用期間 1年間）
	就労移行支援	企業に就職するための訓練（コミュニケーション、体力作り、面接の練習、実際の職場での実習）を受けることができます。仕事探しの相談にものってくれます。（利用期間 2年間）
	就労継続支援 A 型	雇用契約に基づき、継続的に働くことができます。利用期間の定めはなし。 ・企業に勤めていたが、事情により離職してしまった方。 ・在学中企業実習に取り組んだが採用に至らなかった方。
	就労継続支援 B 型	非雇用の形態で、生産活動や自主製品製作活動等の訓練を受けることができます。利用期間の定めなし。 施設外活動（企業での仕事や施設清掃等）を行っている事業所があります。
	共同生活援助（グループホーム）	障がいのある人たちが、アパートや借家等と一緒に暮らします。世話人から日常生活の手伝いを受けることができます。 ○入浴、トイレ支援 ○お金の管理 ○食事の用意 など

## 障害児通所・入所支援の種類（児童福祉法）

障害児通所支援	サービスの種類	サービスの内容
	児童発達支援	未就学児を対象とし、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行います。
	医療型児童発達支援	児童発達支援及び治療を行います。
	放課後等デイサービス	就学児を対象とし、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進、その他必要な支援を行います。
	保育所等訪問支援	保育園、幼稚園、こども園、小学校などに在籍している障がいを持った子どもに対して、専門的な支援を行います。
障害児入所支援		入所する障がい児に対して保護、日常生活の指導及び知識技能支援を行います。

## 地域相談支援

地域相談支援	サービスの種類	サービスの内容
	地域移行支援	施設に入所又は精神科病院に入院している者を対象に、住居の確保や生活に移行するための活動を支援を行います。
	地域定着支援	居宅において単身等で生活する障がい者を対象とし、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問等の支援を行います。

## 地域生活支援事業の種類

地域生活支援事業	サービスの種類	サービスの内容
	相談支援	困ったことがあるときや、新しくサービスを利用したいときに相談にのってくれます。
	移動支援	ヘルパーが外出する手伝いをしてくれます。
	地域活動支援センター	障がいのある人が、日中活動の支援をしてもらえます。 ○生活上の相談 ○スポーツ、レクリエーション ○作業 など
	日中一時支援	障がいのある人の日中における活動の場を確保し、その家族の就労支援及び介護者の一時的な休息の場を提供してもらえます。

◎地域生活支援事業の利用については市町村で実施の状況が異なります。また、法律の改正によって内容が変わることがありますので、利用されたい場合は各市町村の福祉課におたずねください。



Free page



Free page



A series of horizontal dashed lines spanning the width of the page, providing a guide for handwriting practice.

◆◆緊急カード◆◆

ふりがな 氏名			男・女	生年月日	年 月 日
				歳	血液型 型
連絡先	住所	〒			
	電話番号	①	②		
所属	(学校等)				
身体 状況	使用中の福祉用具				
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 他( )			
	座位・立位保持等	<input type="checkbox"/> 座位保持( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 立位保持( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 手動式車いす(介助: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
	その他特記事項 (視覚・聴覚・言語等)				
障害または疾患名					
医療	医療機関名	診療科	連絡先	備考	
		科			
		科			
		科			
	薬局名			TEL	
緊急 連絡先		職場・機関名	統柄・担当者	連絡先	
	家族				
	関係機関				
気をつけて欲しいこと					

◆◆緊急カード②◆◆

服薬内容			
現在利用 している 福祉サー ビス	事業所名	サービス名	備考
<p>&lt; 備 考 &gt;</p>			