

相談・支援

サポートファイル



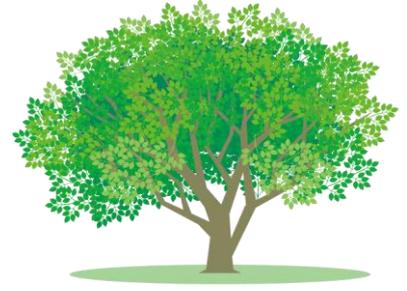
(試 行 版)

NAMEGATA

行 方 市

2014.4

はじめに



ファイルの目的

一人ひとりに応じて、必要な支援が継続して行われるように、このファイルを作成いたしました。
支援をお願いするにも何度も同じことを関係者の皆さんへ説明しなければならないという保護者の方からの声、どのようにしたら一番授業に集中してもらえるかという先生の声がこのファイル作成のキッカケです。
このファイルは、本人・保護者・医療・福祉・保健・労働・行政の連携のアイテム。情報が多いほど連携は深まり、支援の内容も充実します。本人の自立・社会参加のために、ぜひご活用ください。

■ファイルを使用する本人・保護者の方へ

このファイルに必要な事項を記入いただくことにより、よりスムーズな支援を受けることが期待できます。
何度も同じことを説明したり、話しをすることなく、関係者（行政・医療・福祉・労働など）はこのファイルを通じて共通の方針で支援をすることができます。ぜひご活用ください。
全てを書く必要はありません。書ける項目、伝えたいことから記入ください。

【ご注意】 このファイルは支援のための重要な情報です。保管には十分ご注意願います。

■関係者・関係機関の方へ

一つひとつの情報を積み上げていくことが、継続した支援には大変重要です。本人、保護者の記入による情報はもちろんですが、関係者・関係機関による専門的見地からの情報も支援の充実には欠かせません。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【ご注意】 このファイルは支援のための重要な情報です。情報の取り扱いには十分ご注意願います。支援に携わる関係者・関係機関以外への情報の提供は厳禁です。

●このファイルを拾得された方へ

このファイルは支援を必要とする方をサポートするとても重要な情報が書かれています。
このファイルを拾得された方は、お手数でも下記までご連絡いただけますようお願いいたします。

■行方市教育委員会 学校教育課 TEL 0291-35-2111

サポートファイル シート構成

下記の構成になっています。必要に応じて使用ください。

NO.	シート名	内 容	備考
1	プロフィール	本人・家族の基本情報	
2	保育・教育の記録	通学(園)した学校(園)	
3	持っている手帳(～19歳)	療育手帳・身体障害者手帳等の所持の有無	
4	使用している補装具と福祉器具	使用している補装具・福祉器具の種類	
5	生まれた時の記録	妊娠時・出産時の状況	
6	乳幼児期の状況	動作, 育ち, 表現・ことば	
7	予防接種・病気の記録	予防接種の種類・接種日	母子手帳のコピー可
8	乳幼児健診・相談歴	乳幼児健診の結果	
9	発達の記録	発達の状況についての記録	
10	発達相談の記録	発達相談に行った時の記録	
11	医療機関の記録Ⅰ	医療機関で診察を受けた時の記録	
12	医療機関の記録Ⅱ	医療相談に行った時の記録	
13	検査結果の記録	各種(医療・発達)検査結果の記録	
14	サポートシート	性格や好きなもの, 苦手なことを記入	必要に応じて使用
15	エピソードファイル	エピソード(写真があれば添えて)を記入	必要に応じて使用
16	保育園・幼稚園シート	毎年(各歳児クラス)年度はじめに記入	
17	個別の教育支援計画(園児用)	毎年(各歳児クラス)年度はじめに記入	
18	支援内容・教育支援計画に関するアドバイス(園)	医師・専門家からの意見書・情報提供書を綴る	
19	記録シート	記録に残したいことを自由に記入	必要に応じて使用
20	小学校シート	各学年の年度初めに記入	
21	個別の教育支援計画(小学生用)	各学年の年度末に記入	
22	支援内容・教育支援計画に関するアドバイス(小学校)	医師・専門家からの意見書・情報提供書を綴る	
23	中学校シート	各学年の年度初めに記入	
24	個別の教育支援計画(中学生用)	各学年の年度末に記入	
25	支援内容・教育支援計画に関するアドバイス(中学校)	医師・専門家からの意見書・情報提供書を綴る	
26	高校シート	各学年の年度初めに記入	
27	個別の教育支援計画(高校生用)	各学年の年度末に記入	
28	支援内容・教育支援計画に関するアドバイス(高校)	医師・専門家からの意見書・情報提供書を綴る	
29	園・学校の記録・資料	残しておきたい記録や資料を記入し綴る	
30	利用している福祉手当等	利用している福祉手当等を記入	
31	利用しているサービス	利用している福祉サービス等を記入	
32	福祉機関の記録Ⅰ	福祉機関での相談等の記録	
33	福祉機関の記録Ⅱ	福祉機関での相談の詳細を記入	
34	プロフィール(成人)	成人をむかえた時にあらためて記入	
35	持っている手帳(20歳～)	療育手帳・身体障害者手帳等の所持の有無	
36	実習・就労の記録	実習・就労先, 就労期間を記入	
37	就労の記録	就労時の詳細を記入	
38	関係機関一覧	連携先・関係機関を記入	

※20歳～はNO. 34へ



ふりがな		性別	男・女	愛称	
氏名					
生年月日	年 月 日	血液型	型 RH + ・ -		
住所(居住地)	〒		TEL		
	〒		TEL		
	〒		TEL		

家族の状況	続柄	氏名	生年月日	職業等	備考
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
住所 (居住地) ※上記と異なる場合記入	〒		TEL		
	〒		TEL		
	〒		TEL		

メモ



年 度	幼稚園・保育園・その他通園施設	年 齢	備 考
平成 年度		0才	
平成 年度		1才	
平成 年度		2才	
平成 年度		3才	
平成 年度		4才	
平成 年度		5才	

年 度	学校名	備 考
平成 年度	小学校(小学部) 1年 組	
平成 年度	小学校(小学部) 2年 組	
平成 年度	小学校(小学部) 3年 組	
平成 年度	小学校(小学部) 4年 組	
平成 年度	小学校(小学部) 5年 組	
平成 年度	小学校(小学部) 6年 組	
平成 年度	中学校(中等部) 1年 組	
平成 年度	中学校(中等部) 2年 組	
平成 年度	中学校(中等部) 3年 組	

平成 年度	高等学校(高等部) 1年 組	
平成 年度	高等学校(高等部) 2年 組	
平成 年度	高等学校(高等部) 3年 組	

機関名(大学・専門学校)	期 間	備 考



手帳の種類	障害の程度	判定日	次回判定日	判定機関	備考
療育手帳 茨城県第 号 年 月 日交付		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
身体障害者手帳 茨城県第 号 年 月 日交付	障害の程度	次回判定日	障害名		備考
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
精神障害者 保健福祉手帳 手帳番号 交付日 年 月	障害等級	有効期限	障害等級	有効期限	備考
	級	年 月 日	級	年 月 日	
	級	年 月 日	級	年 月 日	
	級	年 月 日	級	年 月 日	
	級	年 月 日	級	年 月 日	
備 考					



出生日	昭和・平成	年	月	日	午前・午後	時	分
出生場所					性別		
身長・体重	身長	cm			体重	g	
	胸囲	cm			頭囲	cm	
妊娠時の状況	問題の有無（有・無）						
	貧血・妊娠高血圧症候群・糖尿病・切迫流産・切迫早産						
	その他（ ）						
妊娠期間	妊娠	週					
分娩時の経過	分娩時の異常の有無（有・無） 帝王切開・吸引分娩・その他（ ）						
出産後の状況	生まれてすぐに泣きましたか （ 大声で泣いた 泣いた 弱く泣いた 泣かなかった ）						
	出産後1週間以内の異常の有無（有・無） 保育器に入った 黄疸が強かった 光線治療をした その他（ ）						
特記事項							



動 作		表 情 ・ こ と ば	
首がすわる	歳 ヶ月	あやすと笑う	歳 ヶ月
寝返りをする	歳 ヶ月	おもちゃに手を伸ばす	歳 ヶ月
お座りをする	歳 ヶ月	人の顔を見て声を出す	歳 ヶ月
はいはいする	歳 ヶ月	人見知りをする	歳 ヶ月
つかまり立ちをする	歳 ヶ月	指先で小さいものをつまむ	歳 ヶ月
ひとり歩きをする	歳 ヶ月	指さしをする	歳 ヶ月
育 ち		意味のある言葉を話す	歳 ヶ月
栄 養	母乳 混合 人工	二語文を話す	歳 ヶ月
離乳完了	歳 ヶ月	話す相手を見る	歳 ヶ月
歯のはえ始め	歳 ヶ月	自分の名前が言える	歳 ヶ月
おむつがはずれる	歳 ヶ月	お友だちと遊ぶ	歳 ヶ月
その他			
育児で気になること			

※母子健康手帳のコピー可



予防接種の種類		接種年月日	年齢	備考(症状・合併症)	
予防接種	BCG	年 月 日	歳 ヶ月		
	三種混合 (ジフテリア) (百日せき) (破傷風)	1期1回	年 月 日	歳 ヶ月	
		1期2回	年 月 日	歳 ヶ月	
		1期3回	年 月 日	歳 ヶ月	
		1期追加	年 月 日	歳 ヶ月	
	二種混合		年 月 日	歳 ヶ月	
	ポリオ	1回	年 月 日	歳 ヶ月	
		2回	年 月 日	歳 ヶ月	
	麻しん 風しん 混合	第1期	年 月 日	歳 ヶ月	
		第2期	年 月 日	歳 ヶ月	
	日本脳炎	1期1回	年 月 日	歳 ヶ月	
		1期2回	年 月 日	歳 ヶ月	
		1期追加	年 月 日	歳 ヶ月	
		2期	年 月 日	歳 ヶ月	
	その他	水痘(水ぼうそう)	年 月 日	歳 ヶ月	
おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)		年 月 日	歳 ヶ月		
		年 月 日	歳 ヶ月		
		年 月 日	歳 ヶ月		
病気	病気の種類		かかた年齢	病気の種類	かかた年齢
	水痘(水ぼうそう)			風しん	
	伝染性紅斑(りんご病)			手足口病	
	おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)				
	熱性けいれん				
	麻しん				
その他	・その他 予防接種・病気に関する情報(ぜんそく・アレルギー・投薬など)				



健診のときに聞いた医師や保健師からのアドバイスを記録しておきましょう！

乳児健診	年 月 日 (か月 日)	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	
乳児健診	年 月 日 (か月 日)	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	
1歳6か月健診	年 月 日 (歳 ヶ月)	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	
3歳6か月健診	年 月 日 (歳 か月)	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	
5歳児健診	年 月 日	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	
その他の健診	年 月 日 (か月 日)	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	
その他の健診	年 月 日 (歳 か月)	健診機関
相談の内容	医師・保健師からのアドバイス	

10

発達相談の記録

(NO.)

発達相談に行った日	年 月 日 (歳 か月)
相談機関名・担当者	
相談の内容	
助言を受けたこと	

(NO.)

発達相談に行った日	年 月 日 (歳 か月)
相談機関名・担当者	
相談の内容	
助言を受けたこと	

12

医療機関の記録Ⅱ（詳細）

(NO. の詳細)

医療相談に行った日	年 月 日 (歳 か月)
相談機関名・医師名	
相談の内容	
助言を受けたこと 気をつけること	

(NO. の詳細)

医療相談に行った日	年 月 日 (歳 か月)
相談機関名・医師名	
相談の内容	
助言を受けたこと 気をつけること	

14

サポートシート(歳 か月 : 年 月 日現在)

※更新等により他のサポートシート参照の場合はチェック(レ)を入れる

フリガナ 氏 名		性別 男・女	年齢 才
緊急連絡先	氏名	TEL	続柄:
保険証の種類と番号			

性格	
好きなもの	
こだわり	
避けてほしいこと 苦手なこと	病院や床屋さん, 放課後児童クラブなどでの対応について詳しく記入願います
安心するもの 安心すること	ぬいぐるみや本, また手をつなぐことなど詳しく記入願います
食事	食べること <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 食事量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 食事形態 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 普通食 アレルギー <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 偏食 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
排泄	<input type="checkbox"/> 予告できない <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 予告できるが介助が必要 <input type="checkbox"/> 用便できるがふき取れない <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他()
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> 話しかけに反応 <input type="checkbox"/> 片言を話す <input type="checkbox"/> 単語を言える <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 会話ができる 話しかけについて <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 大体理解できる <input type="checkbox"/> 少し理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない
着脱	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声かけのみ <input type="checkbox"/> 自立
その他	

この頃の写真を貼
りましょう

園名	担任の先生		
発達相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	相談先・担当者名		
教育相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	相談先・担当者名		
医療機関			
受 診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(年 月 日)	機関名()	
	症状・診断()		
服 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名()	開始(年 月 日)	
	目的()		
服 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名()	開始(年 月 日)	
	目的()		
医療ケア <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()		
療育機関 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()		
指導者 <input type="checkbox"/> PT(理学療法士) <input type="checkbox"/> OT(作業療法士) <input type="checkbox"/> ST(言語聴覚士) <input type="checkbox"/> その他()			
福祉サービス機関 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名() ()		
その他支援機関 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名() ()		
園生活(集団行動)			
行動(不注意・多動・衝動)			
身辺自立			
食事と栄養			
人との関わり			
ことば・表現			
運動面・遊び			
余暇活動・習い事			
その他			

17

個別の教育支援計画

園 組

記入日 . . .

氏名 _____

※関係機関と連携し、保護者と園で協力して作成

1. 本人や保護者の願い

本人の願い	保護者の願い(1年後)

2. 支援目標

目標(1年後)

3. 本人への支援

	支援機関・支援サービス(内容)・支援者	支援方針	支援経過及び評価
教育 ・ 保育			
家庭			
福祉			
医療			
進路 その他			

18

支援内容・教育支援計画に関するアドバイスなど（幼稚園・保育園）

医師や専門家からの支援内容・教育支援計画に関する意見書, 情報提供書
があるときはこのあとに綴っておきましょう

記入日(. .)

写 真

この頃の写真を貼
りましょう

学校名	担任の先生		
<input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 通級指導教室	<input type="checkbox"/> 特別支援学級(<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 通常学級	
校内教育相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	担当者名()	
校外教育相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
スクールカウンセラー相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カウンセラー名()	
受 診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(年 月 日)	機関名()
		症状・診断()	
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名()	開始(年 月 日)
		目的()	
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名()	開始(年 月 日)
		目的()	
医療ケア	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	
療育機関 指導者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
	<input type="checkbox"/> PT(理学療法士) <input type="checkbox"/> OT(作業療法士) <input type="checkbox"/> ST(言語聴覚士) <input type="checkbox"/> その他()		
福祉サービス機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
		()	
その他支援機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
		()	
日常生活・身辺自立			
学習面			
人との関わり・表現			
行動面			
運動面			
登下校時の様子			
余暇活動・習い事			
その他			

21

個別の教育支援計画

年 組

記入日 . .

氏名

※関係機関と連携し、保護者と学校で協力して作成

1. 本人や保護者の願い

本人の願い	保護者の願い(3年後)

2. 支援目標

長期目標(3年後)	短期目標(1年後)

3. 本人への支援

	支援機関・支援サービス(内容)・支援者	支援方針	支援経過及び評価
教育			
家庭			
福祉			
医療			
進路 その他			

医師や専門家からの支援内容・教育支援計画に関する意見書、情報提供書があるときはこのあとに綴っておきましょう

記入日(. .)

写 真

この頃の写真を貼
りましょう

学校名	担任の先生		
<input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 通級指導教室	<input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通常学級	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他	
校内教育相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	担当者名()	
校外教育相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
スクールカウンセラー相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カウンセラー名()	
受 診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(年 月 日)	機関名()
		症状・診断()	
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名()	開始(年 月 日)
		目的()	
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名()	開始(年 月 日)
		目的()	
医療ケア	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	
療育機関 指導者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
	<input type="checkbox"/> PT(理学療法士)	<input type="checkbox"/> OT(作業療法士)	<input type="checkbox"/> ST(言語聴覚士) <input type="checkbox"/> その他()
福祉サービス機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
		()	
その他支援機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名()	
		()	
日常生活・身辺自立			
学習面			
人との関わり・表現			
行動面			
運動面			
登下校時の様子			
部活動・余暇活動			
その他			

_____年 _____組

記入日 _____ . _____ . _____

氏名 _____

※関係機関と連携し、保護者と学校で協力して作成

1. 本人や保護者の願い

本人の願い	保護者の願い(3年後)

2. 支援目標

長期目標(3年後)	短期目標(1年後)

3. 本人への支援

	支援機関・支援サービス(内容)・支援者	支援方針	支援経過及び評価
教育			
家庭			
福祉			
医療			
労働・ 進路・ その他			

医師や専門家からの支援内容・教育支援計画に関する意見書、情報提供書があるときはこのあとに綴っておきましょう

記入日(. .)

写 真

この頃の写真を貼
りましょう

学校名	担任の先生
<input type="checkbox"/> 普通学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
校内教育相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 担当者名()
校外教育相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名()
スクールカウンセラー相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 カウンセラー名()
受 診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日) 機関名() 症状・診断()
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名() 開始(年 月 日) 目的()
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名() 開始(年 月 日) 目的()
医療ケア	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
療育機関 指導者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名() <input type="checkbox"/> PT(理学療法士) <input type="checkbox"/> OT(作業療法士) <input type="checkbox"/> ST(言語聴覚士) <input type="checkbox"/> その他()
福祉サービス機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名() ()
その他支援機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名() ()
日常生活・身辺自立	
学習面	
人との関わり・表現	
行動面	
運動面	
登下校時の様子	
部活動・余暇活動	
その他	

27 個別の教育支援計画

高校 _____ 年

記入日 _____ . _____ . _____

氏名 _____

※関係機関と連携し、保護者と学校で協力して作成

1. 本人や保護者の願い

本人の願い	保護者の願い(3年後)

2. 支援目標

長期目標(3年後)	短期目標(1年後)

3. 本人への支援

	支援機関・支援サービス(内容)・支援者	支援方針	支援経過及び評価
教育 ・ 保育			
家庭			
福祉			
医療			
進路・ 労働・ その他			

医師や専門家からの支援内容・教育支援計画に関する意見書, 情報提供書があるときはこのあとに綴っておきましょう

重度心身障害者 医療費受給者証	受給番号		資格取得日	備考	
			年 月 日		
特別児童扶養手当 第 証書番号 号	請求日	等級	次回再診	備考	
	年 月 日	級	年 月		
	年 月 日	級	年 月		
	年 月 日	級	年 月		
	年 月 日	級	年 月		
	年 月 日	級	年 月		
	年 月 日	級	年 月		
	年 月 日	級	年 月		
障害児福祉手当	請求日	次回再審査	請求日	次回再審査	備考
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
特別障害者手当	請求日	次回再審査	請求日	次回再審査	備考
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
	年 月 日	年 月	年 月 日	年 月	
備考					

申請日	支給決定期間	障害福祉サービス受給者証 (受給者証番号)		地域生活支援事業受給者証 (受給者証番号)	
		サービス種類	支給量	サービス種類	支給量
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日				
備考					

33

福祉機関の記録Ⅱ

(No. の詳細)

相談に行った日	年 月 日 (歳 か月)
相談機関名／担当者	/
相談内容	
助言を受けたこと	

(No. の詳細)

相談に行った日	年 月 日 (歳 か月)
相談機関名／担当者	/
相談内容	
助言を受けたこと	

34

プロフィール(成人:20歳～)

	記入日	年	月	日	記入者		
ふりがな				性別	男・女	愛称	
氏名							
生年月日	年	月	日	血液型	型 RH + ・ -		

本人	
住所	
電話番号	
FAX	
E-MAIL	

保護者						
氏名		続柄	生年月日	年	月	日
住所						
電話番号						

成年後見 制度利用 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助)
---------------------	--

備考	
----	--

手帳の種類	障害の程度	判定日	次回判定日	判定機関	備考
療育手帳 茨城県第 号 年 月 日交付		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
		年 月 日	年 月		
身体障害者手帳 茨城県第 号 年 月 日交付	障害の程度	次回判定日	障害名		備考
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
	第 種 級	年 月			
精神障害者 保健福祉手帳 手帳番号 交付日 年 月	障害等級	有効期限	障害等級	有効期限	備考
	級	年 月 日	級	年 月 日	
	級	年 月 日	級	年 月 日	
	級	年 月 日	級	年 月 日	
	級	年 月 日	級	年 月 日	
障害年金 (厚生・基礎) 基礎年金番号 — 受給権取得年月日 年 月 日	障害の等級	診断書の種類	次回診断書提出 年月日	診断書作成医療 機関(医師名)	備考
	級 号	身体・内部 精・()	年 月		
	級 号	身体・内部 精・()	年 月		
	級 号	身体・内部 精・()	年 月		
	級 号	身体・内部 精・()	年 月		
	級 号	身体・内部 精・()	年 月		
備 考					

37

就労の記録

(NO. の詳細の記録)

就労先	
在職期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	歳 ~ 歳
勤務時間	: ~ :
仕事の内容	
上司・担当者	

ハローワークへの登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
職業評価の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ジョブコーチの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【仕事の記録】

年 月 日	出 来 事



平成26年4月 現在

区分	機関名		電話	備考
国	ハローワーク常陸鹿嶋	鹿嶋市宮中1995-1	0299-83-2318	就労相談
県	鹿島特別支援学校	鹿嶋市沼尾1195	0299-82-7700	教育相談
	福祉相談センター 鹿行児童分室	銚田市銚田1367-3	0291-33-4119	養育相談
	鹿行教育事務所	銚田市銚田1367-3	0291-33-6143	教育(いじめ含む)相談
市	相談室ポプラ	行方市玉造乙1179	0299-55-2373	教育相談
	社会福祉課障害福祉G	行方市玉造甲404(玉造庁舎)	0299-55-0111	障害福祉相談
	こども福祉課	行方市玉造甲404(玉造庁舎)	0299-55-0111	子育て支援
	健康増進課(北浦保健センター)	行方市山田3282-10	0291-34-6200	幼児健診・発達相談・支援
	教育委員会学校教育課	行方市山田2564-10(北浦庁舎)	0291-35-2111	就学相談・特別支援