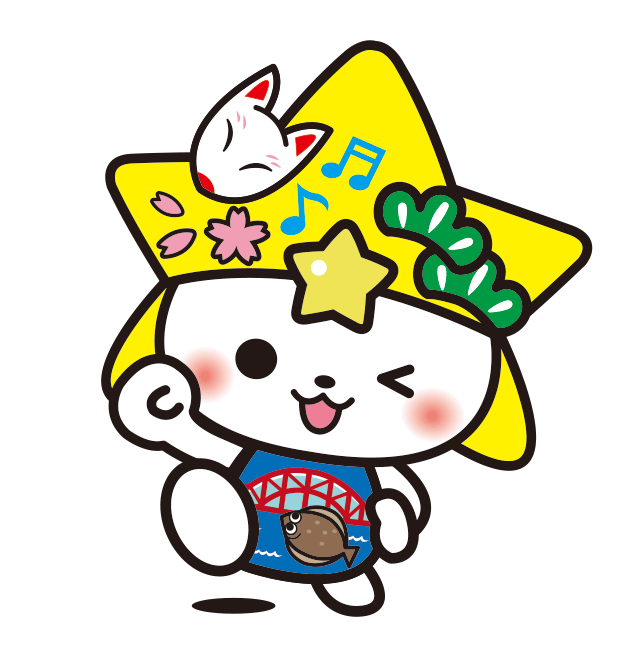
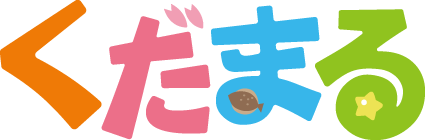
個人サポートファイル





　　　　　　氏　　　 名

　　　　　　記入者氏名

　　　　　　記　入　日

**下松市地域自立支援協議会**

ファイル使用にあたって

☆ 個人情報保護に対するご配慮をお願いします ☆

このファイルは「個人を尊重し、幸せな人生を送って欲しい。」との

思いで保護者（本人）が記入しております。

ここに至るまでには、それぞれの相談機関でその都度同じような質問

を受け、経過も長くなれば、忘れてしまっている事も出ていました。

よりよい支援を希望し、理解していただく努力は惜しみませんが、

できましたらこのファイルをご一読いただき、支援する上での参考にして

いただけると幸いです。

またサポートファイルに書かれている情報については、保護者（本人）

が許可した支援者だけが見ることができます。

無断で第三者への情報提供等に使用しないで

ください。



**１． 　　　　　　　　　　さんのプロフィール**

**（ふりがな：**　　　　　　　　　　　**）**

**性別　　男　　・　　女**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 生年月日**  **及び血液型** | **S・H・Ｒ**  **(西暦　　　　　)**　　**年**　　　**月**　　　**日　　A ・ B ・ O ・ AB　(Rh ＋ ・ －　)** | | | | | | | | | | | | |
| **② 障害名・診断名** |  | | | | | | | | | | | | |
| **③ 住　所** | **〒**　　　　**－**  **県**　　　　　**市**  **電話番号( 自宅 ・ 携帯 ・ その他**　　　　　**)**　**（**　　　**）**　　　**－** | | | | | | | | | | | | |
| **④ かかりつけ医** | **医療機関名** | **診療科** | | | | **住所、電話番号、担当医師名など** | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| **⑤ 所持している**  **手帳** | **手帳種類** | **所持有無** | | | | **手帳番号** | | | **等級・内容** | | **特記事項** | | |
| **療育手帳** | **有 ・ 無** | | | |  | | |  | |  | | |
| **身障手帳** | **有 ・ 無** | | | |  | | |  | |  | | |
| **精神手帳** | **有 ・ 無** | | | |  | | |  | |  | | |
| **⑥ 障害福祉サービス** | **障害支援区分の認定　（　有　区分　　　　　・　無　）** | | | | | | | | | | | | |
| **⑦ 手当・医療費**  **助成等の状況** | **名　称** | | | **受給の**  **有無** | **特記** | | | **名　称** | | | | **受給の**  **有無** | **特記** |
| **特別児童扶養手当** | | |  |  | | | **重度心身障害者医療費 福** | | | |  |  |
| **障害児福祉手当** | | |  |  | | | **自立支援**  **医療費** | | **育成** | |  |  |
| **更生** | |  |
| **精神通院** | |  |
| **特別障害者手当** | | |  |  | | | **小児慢性特定疾病医療** | | | |  |  |
| **特定疾患(指定難病)医療** | | | |  |
| **⑧ 年　金** | **基　礎** | | **級** | | | | **番号　（**　　　　　　　　　　　　　　　**）** | | | | | | |
| **厚　生** | | **級** | | | | **番号　（**　　　　　　　　　　　　　　　**）** | | | | | | |
| **共　済** | | **級** | | | | **番号　（**　　　　　　　　　　　　　　　**）** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **⑨ 保育園・幼稚園・**  **学校** |  | | | | | |
| **⑩ 現在利用している**  **福祉サービス** | **サービス名** | | **事業所** | **担当者** | | **連絡先** |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| **⑪ 相談支援事業所** | **事業所名** |  | | **担当名** |  | |
| **住　所** |  | | **電話番号** |  | |
| **⑫ その他** | | | | | | |

**家族・親族等の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **住　　所** | **本人との**  **関係** | **連絡の**  **優先順位** | **備　考** |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |

**親しく交遊・相談等をしている人（親族以外）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **住　　所** | **本人との**  **関係** | **備　考** |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
|  | 〒  　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |

２． 生　育　歴　・　病　歴

**☆ 妊娠中の健康状態**

|  |  |
| --- | --- |
| **異常なし** |  |
| **異常あり** | **切迫流産　・　妊娠中毒　・　前置胎盤　・　貧血**  **その他** |

**☆ 出生時の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **アプガースコア** |  |  |  |

**☆ 健康診査の記録**

**１か月児　　（　　　年　　月　　日実施　　　か月　　日　実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **特記事項** |  | | |

**３～４か月児（　　　年　　月　　日実施　　　か月　　日　実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **特記事項** |  | | |

**６～７か月児（　　　年　　月　　日実施　　　か月　　日　実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **特記事項** |  | | |

**１歳６か月児（　　　年　　月　　日実施　　　か月　　日　実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **特記事項**  **歯科・視覚・聴覚等** |  | | |

**３歳児　　　（　　　年　　月　　日実施　　　か月　　日　実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **特記事項**  **歯科・視覚・聴覚等** |  | | |

**５歳児相談　（　　　年　　月　　日実施　　　か月　　日　実施者　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **体　　重** | **ｇ** | **身　　長** | **cm** |
| **胸　　囲** | **cm** | **頭　　囲** | **cm** |
| **特記事項** |  | | |

**☆ 予防接種の記録**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチンの種類** | | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **インフルエンザ菌**  **ｂ型（Hib）** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |
| **３回** |  |  |  |  |
| **追加** |  |  |  |  |
| **小児肺炎球菌** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |
| **３回** |  |  |  |  |
| **追加** |  |  |  |  |
| **B型肝炎** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |
| **３回** |  |  |  |  |
| **ロタウイルス** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |
| **３回** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ** | | | | | | |
| **時　期** | | **ワクチンの種類** | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **第１期**  **初回** | **１回** |  |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |  |
| **３回** |  |  |  |  |  |
| **第１期 追加** | |  |  |  |  |  |
| **第２期** | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B C G** | | | |
| **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備　考** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチンの種類** | | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **麻しん・**  **風しん** | **第１期** |  |  |  |  |
| **第２期** |  |  |  |  |
| **水痘** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日本脳炎** | | | | | |
| **時　期** | | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **第１期初回** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |
| **第１期追加** | |  |  |  |  |
| **第２期** | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチンの種類** | | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **ヒトパピローマ**  **ウイルス（HPV）** | **１回** |  |  |  |  |
| **２回** |  |  |  |  |
| **３回** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチンの種類** | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **おたふくかぜ** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **インフルエンザ** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチンの種類** | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
| **インフルエンザ** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**その他の予防接種**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチンの種類** | **接種年月日** | **メーカー又は製剤名/ロット** | **接種者名** | **備考** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

****

**病歴**

**☆ 特に気をつけてもらいたい病状（ひきつけ、心臓病、ぜんそくなど）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病名** | **症状** |  | **対応** |  | | |
| **服薬** |  | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |
| **病名** | **症状** |  | **対応** |  | | |
| **服薬** |  | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病名** | **症状** |  | **対応** |  | | |
| **服薬** |  | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |
| **病名** | **症状** |  | **対応** |  | | |
| **服薬** |  | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |
| **病名** | **症状** |  | **対応** |  | | |
| **服薬** |  | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |
| **病名** | **症状** |  | **対応** |  | | |
| **服薬** |  | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病名**  **てんかん** | **発作前のサイン、発作時の状況、時期・頻度、対応の仕方等** | | | | | |
| **医療機関名** |  | **電話** |  | **主治医名** |  |
| **服薬** |  | | | | |

**☆ その他の疾病、怪我など**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病　名** | **医療機関名** | **期　　間** | | **結　果** | **備考** |
|  | **入院期間** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |
|  |  | **自** | **自** | **① 完治**  **② 療養中**  **③ その他( )** |  |
| **至** | **至** |

**☆ アレルギー（食品・薬品・動物・植物など）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **アレルギーの種類** | **症　　状** | **緊急時対応・処置** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**☆ 障害の診断を受けた経緯**

**☆ 性格・特技・いいところ紹介**

**（記載日　 　　 年　　　　月）**

**☆ 嗜好・こだわり・習慣**

**（記載日　 　　 年　　　　月）**

**☆ 意思表示の方法・コミュニケーションの取り方（分かりにくい言葉、仕草など）**

**（記載日　　　　年　　　　月）**

**保育・療育・学校・福祉サービス・就業などの経緯**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学校・事業所・会社名等** | **期　間** | **特　記　事　項** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |
|  | **自** |  |
| **至** |

３． 生活の記録（支援の状況等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **記録日** | **記　　録** | **相談機関等** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **記録日** | **記　　録** | **相談機関等** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

４． 自由記入欄





**２０１１年３月　初版発行**

**２０２３年８月　第３版発行**

**制作　　下松市地域自立支援協議会**

**連絡先　下松市地域自立支援協議会事務局**

**下松市役所 健康福祉部 障害福祉課**

**〒744-8585**

**下松市大手町３丁目３番３号**

**Te l　0833-45-1835**

**Fax 0833-41-6220**

**E-mail　shougaifukushi@city.kudamatsu.lg.jp**

**※　下松市公式ホームページからダウンロードできます。**

**「下松市サポートファイル」で検索**