

個人サポートファイル



氏 名 _____

記入者氏名 _____

記 入 日 _____

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

ふりがな 氏 名	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）

ふりがな 氏 名	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	
		至	至	② 療養中	
				③ その他()	
		自	自	① 完治	
		至	至	② 療養中	
				③ その他()	
		自	自	① 完治	
		至	至	② 療養中	
				③ その他()	
		自	自	① 完治	
		至	至	② 療養中	
				③ その他()	
		自	自	① 完治	
		至	至	② 療養中	
				③ その他()	
		自	自	① 完治	
		至	至	② 療養中	
				③ その他()	

☆ 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	

13

4. 自由記入欄



A series of horizontal dashed lines for free writing.

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dashed lines.





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