

# とほーとノート



Relax



Birth



play

work



# さぽーとノート<sup>o</sup>の使い方

この「さぽーとノート」は、北播磨障害者（児）地域自立支援協議会で検討し、作成したものです。北播磨地域で支援が必要な人が、事業所や各関係機関と情報を共有することで、北播磨地域での円滑なサービスのために役立つことを願っています。



## ☆ 目的

この「さぽーとノート」は、個人の状態に応じて一貫した支援が実施されるとともに、その個人にかかわる多くの人たちが連携を深めるために作成しました。

## ☆ 記録と保管

このノートは、原則として保護者（または本人）が記録、保管してください。そして、必要なときに、必要なページを関係者に見せてください。

年齢ごとに、また、状態に変化のあった時には、そのつど書き加えてください。

記録用紙は、各市町のホームページからダウンロードできるようになっていますのでご利用ください。

## ☆ 取り扱いについて

このノートに書かれている内容は、たいへん重要な個人の情報です。厳重に管理をしてください。

また、支援者の方が利用される場合も、プライバシーを厳守し、取り扱いには十分に注意してください。



【三木市版 発行者】

〒 673-0492  
三木市上の丸町 10 番 30 号  
三木市健康福祉部障害福祉課  
TEL : 0794-82-2000 (代表)

# 1. 個人情報

作成日：平成 年 月 日

本人	ふりがな		性別	男・女	血液型	型
	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所 (居住地)	(〒 - )				
	連絡先	TEL				
携帯						
FAX						
保護者	ふりがな		性別	男・女	血液型	型
	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所 (居住地)	(〒 - )				
	連絡先	TEL				
携帯						
FAX						

緊急 連絡先①	ふりがな		続柄	
	氏名		本人との関係	
	住所 (居住地)	(〒 - )		
	連絡先	TEL		
携帯				
緊急 連絡先②	ふりがな		続柄	
	氏名		本人との関係	
	住所 (居住地)	(〒 - )		
	連絡先	TEL		
携帯				
緊急 連絡先③	ふりがな		続柄	
	氏名		本人との関係	
	住所 (居住地)	(〒 - )		
	連絡先	TEL		
携帯				


## 家族の状況

氏名	本人との続柄	生年月日	職業	状況	備考
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	



## 2. 生育歴

妊 娠 期	異常（無・有） 重いつわり 妊娠中毒症 妊娠中の疾病（.....） 薬剤服用又は注射（.....） 喫煙習慣（無・有） 飲酒習慣（無・有） その他 .....
出 産 期	出産場所（..... 病院 ・ その他.....） 在胎（.....週） 出生時体重（.....g） 異常（無・有） 24時間以上 陣痛促進剤 骨盤位（逆子） 早期破水 鉗子分娩 帝王切開 保育器の使用（.....日） 黄疸（光線療法.....日） 仮死 その他 .....
乳 幼 児 期	哺乳量（多い・普通・少ない） 首のすわり（.....か月） 寝返り（.....か月） 一人座り（.....か月） ハイハイ（.....か月） つかまり立ち（.....か月） 一人歩き（.....か月） 人見知り（.....か月） 喃語（.....か月） 初語（.....か月） 二語文（.....か月） その他 .....
病 歴	はしか 百日咳 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ アレルギー（.....） その他 .....
予 防 接 種	BCG（.....年.....月） 三種混合 1期初回（.....年.....月・.....年.....月・.....年.....月） 1期追加（.....年.....月） 麻しん風しん混合 1期（.....年.....月） 2期（.....年.....月） 日本脳炎 1期初回（.....年.....月・.....年.....月） 1期追加（.....年.....月）

健診の状況	<p>● 1か月児健診</p> <p>受けた（どこで：.....）・受けていない</p> <p>→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）</p> <p>〈受けたアドバイス〉</p>
	<p>● 3～4か月児健診</p> <p>受けた（どこで：.....）・受けていない</p> <p>→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）</p> <p>〈受けたアドバイス〉</p>
	
	<p>● 1歳6か月児健診</p> <p>受けた（どこで：.....）・受けていない</p> <p>→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）</p> <p>〈受けたアドバイス〉</p>
	<p>● 3歳児健診</p> <p>受けた（どこで：.....）・受けていない</p> <p>→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）</p> <p>〈受けたアドバイス〉</p>


### 3. 乳児期（1歳まで）

記入日：平成 年 月 日

記入者： (本人との続柄： )

身長	cm	視力	(右)	日常生活に支障（無・有）
体重	kg		(左)	日常生活に支障（無・有）
言語障害	無・有	聴力	(右)	日常生活に支障（無・有）
運動障害	無・有		(左)	日常生活に支障（無・有）
相談している場所	<input type="checkbox"/> 子育て家庭センター <input type="checkbox"/> 市(町) <input type="checkbox"/> 各種相談機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____			
	<input type="checkbox"/> 医療機関・療育機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____			
	<input type="checkbox"/> その他 相談内容や回数・頻度など _____			
定期的に 通う場所	場 所	(担当者： )		
	受けたアドバイス			
育成医療	病 名	(初診： 年 月)		
	医療機関		薬 局	

## 本人について

状 態	授乳の時	<input type="checkbox"/> ミルクをいやがる <input type="checkbox"/> 抱っこをいやがる <input type="checkbox"/> その他 ( )
	睡 眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 夜泣きがある <input type="checkbox"/> その他 ( )
	そ の 他	<input type="checkbox"/> 人見知りをする
注意や配慮 をすること		
コミュニケーションの とりかた		
好きな遊び	どこで、どんなことをするのが好きですか？ 	

その他、参考になること



# 4. 幼児期 (1歳～6歳)

歳

記入日：平成 年 月 日

記入者： (本人との続柄： )

身長	cm	視力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
体重	kg		(左)	日常生活に支障 (無・有)
言語障害	無・有	聴力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
運動障害	無・有		(左)	日常生活に支障 (無・有)
相談している場所	<input type="checkbox"/> とも家庭センター <input type="checkbox"/> 市(町) <input type="checkbox"/> 各種相談機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 医療機関・療育機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> その他 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
定期的に通う所 (幼稚園・保育所)	①	場 所	(担当者： )	
		受けた アドバイス		
	②	場 所	(担当者： )	
		受けた アドバイス		
育成医療	病 名		(初診： 年 月)	
	医療機関		薬 局	
障害福祉 サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (内 容： ) <input type="checkbox"/> 移動支援 (内 容： ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (施設名： )			

# 生活について

	6	8	10	12	14	16	18	20	22 (時)
1日の生活リズム									
食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (スプーン・箸・手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) <input type="checkbox"/> 全部食べさせる <input type="checkbox"/> その他 (.....)								
	・好きなもの (.....) ・嫌いなもの (.....) ・アレルギー (.....) ・おやつ (.....) 配慮が必要なこと _____								
ト イ シ	尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <尿意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 配慮が必要なこと _____							
	便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <便意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 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"/> 一部手助けする (.....) <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"/> 一部手助けする ( ..... )  配慮が必要なこと _____
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けする ( ..... )  配慮が必要なこと _____
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある 配慮が必要なこと _____	
外出・ 移動	<input type="checkbox"/> 一人で動ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 ( ..... ) ・麻痺 無・有 (部位: ..... ) ・補装具 無・有 (種類: ..... ) ・こだわり 無・有 ( ..... ) ・多動 無・有 ( ..... ) 配慮が必要なこと _____	
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"/> 言葉での説明が理解できる <input type="checkbox"/> 独自の方法で理解できる ( 身振り・絵カード・写真・ ..... )  配慮が必要なこと _____

遊 び	好きな 遊 び	<どこで、どんな遊びをするのが好きですか？>  配慮が必要なこと _____		
	苦手な 遊 び	<input type="checkbox"/> ひとり遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 集団遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 水が苦手 <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> その他 (.....)  配慮が必要なこと _____		
そ の 他 の 特 徴	パニック (無・有)	何がきっかけで？	どうなる	かかわり方
		①		
		②		
	こだわり (無・有)	何に対して？	どんなこだわり	かかわり方
		①		
		②		
	③			
そ の 他				



その他、参考になること	



# 5. 小学校期（6歳～12歳）

年生


記入日：平成 年 月 日  
 記入者： (本人との続柄： )

身長	cm	視力	(右)	日常生活に支障（無・有）
体重	kg		(左)	日常生活に支障（無・有）
言語障害	無・有	聴力	(右)	日常生活に支障（無・有）
運動障害	無・有		(左)	日常生活に支障（無・有）
相談している場所	<input type="checkbox"/> 児童家庭センター <input type="checkbox"/> 市(町) <input type="checkbox"/> 各種相談機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 医療機関・療育機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> その他 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
定期的に通う所	①	学 校	(担 任： )	
		通学方法	集団登校・家族の送迎・スクールバス・その他 ( )	
		受けた アドバイス		
	②	場 所	(担当者： )	
		受けた アドバイス		
	③	場 所	(担当者： )	
		受けた アドバイス		
育成医療	病 名	(初診： 年 月)		
精神通院医療	医療機関	薬 局		
障害福祉 サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (内 容： ) <input type="checkbox"/> 移動支援 (内 容： ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (施設名： )			

# 生活について

1日の生活リズム	6	8	10	12	14	16	18	20	22 (時)
食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (スプーン・箸・手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) <input type="checkbox"/> 全部食べさせる <input type="checkbox"/> その他 (.....)  ・好きなもの (.....) ・嫌いなもの (.....) ・アレルギー (.....) ・おやつ (.....) 配慮が必要なこと _____								
ト イ レ	尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <尿意> □で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 配慮が必要なこと _____							
	便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <便意> □で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 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"/> 一部手助けする (.....) <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"/> 一部手助けする ( ..... ) 配慮が必要なこと _____
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けする ( ..... ) 配慮が必要なこと _____
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある 配慮が必要なこと _____	
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"/> 言葉での説明が理解できる <input type="checkbox"/> 独自の方法で理解できる ( 身振り・絵カード・写真・ ..... ) 配慮が必要なこと _____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 集団に入ることができる <input type="checkbox"/> 一人であることが好き ( 人の輪に入れない ) <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> いじめられやすい <input type="checkbox"/> その他 ( ..... ) 配慮が必要なこと _____

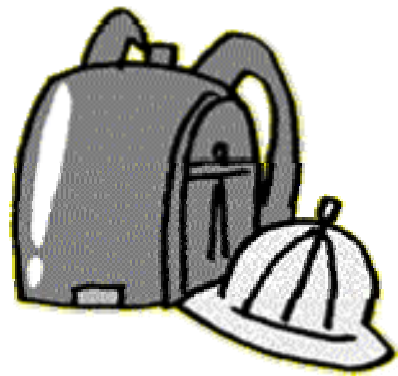
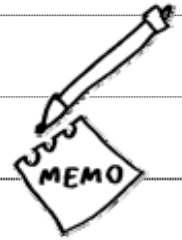
外出・移動	<input type="checkbox"/> 一人で動ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 (.....) ・麻痺 無・有 (部位: .....) ・補装具 無・有 (種類: .....) ・こだわり 無・有 (.....) ・多動 無・有 (.....) 配慮が必要なこと _____	
	遊び	<どこで、どんな遊びをするのが好きですか？>  好きな遊び 配慮が必要なこと _____ 苦手な遊び <input type="checkbox"/> ひとり遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 集団遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 水が苦手 <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> その他 (.....) 配慮が必要なこと _____
学習	文字	<input type="checkbox"/> 読める ( ひらがな ・ カタカナ ・ 漢字 ) <input type="checkbox"/> 書ける ( ひらがな ・ カタカナ ・ 漢字 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ..... )
	文章	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その他 ( ..... )
	計算	<input type="checkbox"/> できる ( たし算 ・ ひき算 ・ かけ算 ・ わり算 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ..... )
	時計	<input type="checkbox"/> わかる ( 時間 ・ 日付 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ..... )
	得意なこと _____ 苦手なこと (今後身につけてほしいこと) _____	



その他の特徴	パニック (無・有)	何がきっかけで？	どうなる	かかわり方
		①		
		②		
		③		
	こだわり (無・有)	何に対して？	どんなこだわり	かかわり方
		①		
		②		
		③		
	その他			



その他、参考になること



## 6. 中学校期 (13歳～15歳)

年生

記入日：平成 年 月 日


記入者： (本人との続柄： )

身長	cm	視力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
体重	kg		(左)	日常生活に支障 (無・有)
言語障害	無・有	聴力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
運動障害	無・有		(左)	日常生活に支障 (無・有)
相談している場所	<input type="checkbox"/> とも家庭センター <input type="checkbox"/> 市(町) <input type="checkbox"/> 各種相談機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <input type="checkbox"/> 医療機関・療育機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <input type="checkbox"/> その他 相談内容や回数・頻度など _____			
定期的に通う所	①	学校	(担任： )	
		通学方法	徒歩・自転車・交通機関・家族の送迎・スクールバス・その他( )	
		受けたアドバイス		
②	場所	(担当者： )		
	受けたアドバイス			
③	場所	(担当者： )		
		受けたアドバイス		
育成医療	病名	(初診： 年 月)		
精神通院医療	医療機関		薬局	
障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (内容： ) <input type="checkbox"/> 移動支援 (内容： ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (施設名： )			

# 生活について

1日の生活リズム	6	8	10	12	14	16	18	20	22 (時)
食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (スプーン・箸・手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) <input type="checkbox"/> 全部食べさせる <input type="checkbox"/> その他 (.....)								
ト イ レ	尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <尿意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 配慮が必要なこと _____							
	便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <便意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 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"/> 一部手助けする (.....) <input type="checkbox"/> 全部着せている 配慮が必要なこと _____								

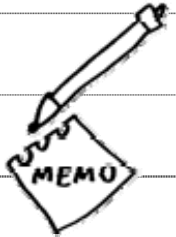
洗面・入浴	洗面・ 歯磨き	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) 配慮が必要なこと _____
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) 配慮が必要なこと _____
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある 配慮が必要なこと _____	
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"/> 言葉での説明が理解できる <input type="checkbox"/> 独自の方法で理解できる ( 身振り・絵カード・写真・ ) 配慮が必要なこと _____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 集団に入ることができる <input type="checkbox"/> 一人であることが好き (人の輪に入れない) <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> いじめられやすい <input type="checkbox"/> その他 (.....) 配慮が必要なこと _____

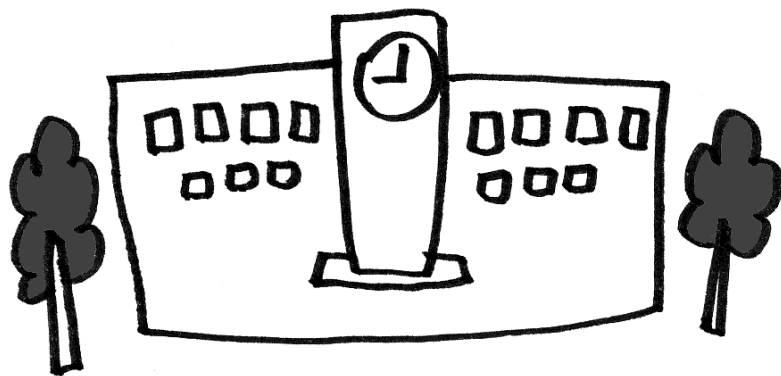
移動	<input type="checkbox"/> 一人で動ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 (.....) ・麻痺 無・有 (部位: ) ・補装具 無・有 (種類: ) ・こだわり 無・有 ( ) ・多動 無・有 ( ) 配慮が必要なこと _____	
	配慮が必要なこと _____	
外出	目的地 (友達の家、公園など)	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	買い物	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	公共交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	交通ルール (信号や危険回避)	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その他 (.....)
	配慮が必要なこと _____	
遊び	好きな遊び	<どこで、どんな遊びをするのが好きですか？>  配慮が必要なこと _____
	苦手な遊び	<input type="checkbox"/> ひとり遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 集団遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 水が苦手 <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> その他 (.....) 配慮が必要なこと _____

学 習	文字	<input type="checkbox"/> 読める（ ひらがな ・ カタカナ ・ 漢字 ） <input type="checkbox"/> 書ける（ ひらがな ・ カタカナ ・ 漢字 ） <input type="checkbox"/> その他（    ）
	文章	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その他（    ）
	計算	<input type="checkbox"/> できる（ たし算 ・ ひき算 ・ かけ算 ・ わり算 ） <input type="checkbox"/> その他（    ）
	時計	<input type="checkbox"/> わかる（ 時間 ・ 日付 ） <input type="checkbox"/> その他（    ）
	得意なこと _____    苦手なこと（今後身につけてほしいこと） _____    	

そ の 他 の 特 徴	パニック （無・有）	何がきっかけで？	どうなる	かかわり方
		①		
		②		
		③		
	こだわり （無・有）	何に対して？	どんなこだわり	かかわり方
		①		
		②		
		③		
	その他			

趣味・余暇活動	楽しみや関心のあること
---------	-------------

その他、参考になること






# 7. 高校期 (16歳～18歳)

年生

記入日：平成 年 月 日

記入者： (本人との続柄： )

身長	cm	視力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
体重	kg		(左)	日常生活に支障 (無・有)
言語障害	無・有	聴力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
運動障害	無・有		(左)	日常生活に支障 (無・有)
相談している場所	<input type="checkbox"/> こと家庭センター <input type="checkbox"/> 市(町) <input type="checkbox"/> 各種相談機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <input type="checkbox"/> 医療機関・療育機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <input type="checkbox"/> その他 相談内容や回数・頻度など _____			
定期的に通う所	①	学 校	(担 任： )	
		通学方法	徒歩・自転車・交通機関・家族の送迎・スクールバス・その他( )	
		受けた アドバイス		
	②	場 所	(担当者： )	
		受けた アドバイス		
	③	場 所	(担当者： )	
		受けた アドバイス		
育成医療	病 名	(初診： 年 月)		
精神通院医療	医療機関		薬 局	
障害福祉 サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (内 容： ) <input type="checkbox"/> 移動支援 (内 容： ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (施設名： )			

# 生活について

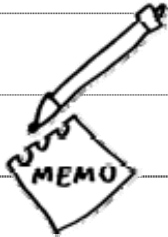
1日の生活リズム	6	8	10	12	14	16	18	20	22 (時)
食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (スプーン・箸・手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) <input type="checkbox"/> 全部食べさせる <input type="checkbox"/> その他 (.....)								
ト イ レ	尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <尿意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 配慮が必要なこと _____							
	便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <便意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 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"/> 一部手助けする (.....) <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"/> 一部手助けする ( ..... ) 配慮が必要なこと _____ _____ _____
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けする ( ..... ) 配慮が必要なこと _____ _____ _____
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある 配慮が必要なこと _____ _____ _____	
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"/> 言葉での説明が理解できる <input type="checkbox"/> 独自の方法で理解できる ( 身振り・絵カード・写真・ ..... ) 配慮が必要なこと _____ _____ _____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 集団に入ることができる <input type="checkbox"/> 一人であることが好き ( 人の輪に入れない ) <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> いじめられやすい <input type="checkbox"/> その他 ( ..... ) 配慮が必要なこと _____ _____ _____

移動	<input type="checkbox"/> 一人で動ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 (.....) ・麻痺 無・有 (部位: .....) ) ・補装具 無・有 (種類: .....) ) ・こだわり 無・有 (.....) ) ・多動 無・有 (.....) ) 配慮が必要なこと _____	
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 60px;"></div>	
外出	目的地 (友達の家、公園など)	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	買い物	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	公共交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	交通ルール (信号や危険回避)	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その他 (.....)
配慮が必要なこと _____		
遊び	好きな遊び	<どこで、どんな遊びをするのが好きですか？>  配慮が必要なこと _____
	苦手な遊び	<input type="checkbox"/> ひとり遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 集団遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 水が苦手 <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> その他 (.....)
配慮が必要なこと _____		



趣味・余暇活動	楽しみや関心のあること
---------	-------------

その他、参考になること




## 8. 成人期 (18歳～)

歳
---

記入日：平成 年 月 日

記入者： (本人との続柄： )

身長	cm	視力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
体重	kg		(左)	日常生活に支障 (無・有)
言語障害	無・有	聴力	(右)	日常生活に支障 (無・有)
運動障害	無・有		(左)	日常生活に支障 (無・有)
相談している場所	<input type="checkbox"/> 市(町) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 県健康福祉事務所 (保健所) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 相談機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 医療機関 (.....) 相談内容や回数・頻度など _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 県立知的障害者更生相談所 <input type="checkbox"/> 県子ども家庭センター <input type="checkbox"/> 公共職業安定所 (ハローワーク) <input type="checkbox"/> その他 (.....)			

定期的に通う所	①	名 称			
		開始日	平成 年 月から		
	②	名 称			
		開始日	平成 年 月から		
	③	名 称			
		開始日	平成 年 月から		
更生医療 精神通院医療	病 名		(初診： 年 月)		
	医療機関		薬 局		
障害福祉 サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (内 容： ) <input type="checkbox"/> 移動支援 (内 容： ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 生活介護 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 自立訓練、就労支援、授産施設 (施設名： ) <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター、小規模作業所 (施設名： ) <input type="checkbox"/> その他 (.....)				



# 生活について

		6	8	10	12	14	16	18	20	22 (時)	
1日の生活リズム											
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (スプーン・箸・手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) <input type="checkbox"/> 全部食べさせる <input type="checkbox"/> その他 (.....)										
	・好きなもの (.....) ・嫌いなもの (.....) ・アレルギー (.....) ・おやつ (.....)										
トイレ	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <尿意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 配慮が必要なこと .....										
	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 付き添いがいる <便意> <input type="checkbox"/> で言う・動作 (.....)・伝えられない <input type="checkbox"/> おむつ使用 配慮が必要なこと .....										
	<input type="checkbox"/> 自分で着られる <input type="checkbox"/> 一部手助けする (.....) <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"/> 一部手助けする（.....） 配慮が必要なこと _____
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けする（.....） 配慮が必要なこと _____
就寝	<input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 癖やこだわりがある 配慮が必要なこと _____	
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"/> 言葉での説明が理解できる <input type="checkbox"/> 独自の方法で理解できる（身振り・絵カード・写真・.....） 配慮が必要なこと _____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 集団に入ることができる <input type="checkbox"/> 一人であることが好き（人の輪に入れない） <input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/> いじめられやすい <input type="checkbox"/> その他（.....） 配慮が必要なこと _____

移動	<input type="checkbox"/> 一人で動ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 (.....) ・麻痺 無・有 (部位: .....) ) ・補装具 無・有 (種類: .....) ) ・こだわり 無・有 (.....) ) ・多動 無・有 (.....) ) 配慮が必要なこと _____	
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px;"></div>	
外出	目的地 (友達の家、公園など)	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	買い物	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	公共交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 (.....)
	交通ルール (信号や危険回避)	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その他 (.....)
	配慮が必要なこと _____	
遊び	好きな遊び	<どこで、どんな遊びをするのが好きですか？> 配慮が必要なこと _____
	苦手な遊び	<input type="checkbox"/> ひとり遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 集団遊びが苦手 <input type="checkbox"/> 水が苦手 <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> その他 (.....)
配慮が必要なこと _____		

学 習	文字	<input type="checkbox"/> 読める（ひらがな・カタカナ・漢字） <input type="checkbox"/> 書ける（ひらがな・カタカナ・漢字） <input type="checkbox"/> その他（                                    ）
	文章	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その他（                                    ）
	計算	<input type="checkbox"/> できる（たし算・ひき算・かけ算・わり算） <input type="checkbox"/> その他（                                    ）
	時計	<input type="checkbox"/> わかる（時間・日付） <input type="checkbox"/> その他（                                    ）
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">得意なこと    _____</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;">苦手なこと    _____</div>	

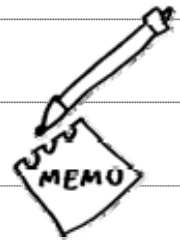
そ の 他 の 特 徴	パニック （無・有）	何がきっかけで？	どうなる	かかわり方
		①		
		②		
		③		
	こだわり （無・有）	何に対して？	どんなこだわり	かかわり方
		①		
		②		
		③		
	その他			

楽しみや関心のあること

配慮が必要なこと



その他、参考になること



## 医療機関（病院）について

病院名	
住所	
電話	

①

診断名			
診療科名		主治医名	
通院頻度	(週・月・年) に 回		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
初診日	年 月 日	最終診療日	年 月 日
【受けたアドバイス】			

②

診断名			
診療科名		主治医名	
通院頻度	(週・月・年) に 回		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
初診日	年 月 日	最終診療日	年 月 日
【受けたアドバイス】			

③

診断名			
診療科名		主治医名	
通院頻度	(週・月・年) に 回		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
初診日	年 月 日	最終診療日	年 月 日
【受けたアドバイス】			

## 医療機関（薬局）について

薬の飲み方  そのまま飲む  混ぜて飲む（  ）  オブラートに包む  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

（配慮が必要なこと）

※ ここに、薬の説明書を必ず貼ってください





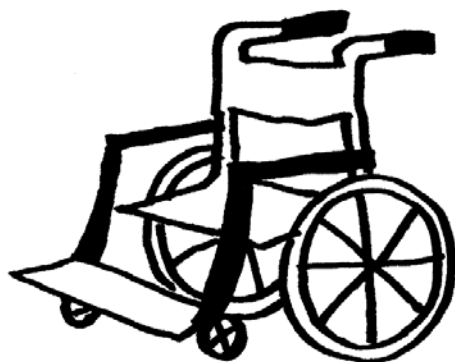
## 福祉の記録

身体障害者手帳	初回	手帳番号： ..... 第 ..... 号 ..... 種 ..... 級 障害名：  交付年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日
	変更	障害名：  再交付年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( ..... 種 ..... 級)
		障害名：  再交付年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( ..... 種 ..... 級)
療育手帳	初回	兵庫県第 ..... 号 ( A ・ B1 ・ B2 ) 交付年月日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 (次回判定日：平成 ..... 年 ..... 月、否)
	更新	障害の程度 ( A ・ B1 ・ B2 ) 判定日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 (次回判定日：平成 ..... 年 ..... 月、否)
		障害の程度 ( A ・ B1 ・ B2 ) 判定日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 (次回判定日：平成 ..... 年 ..... 月、否)
		障害の程度 ( A ・ B1 ・ B2 ) 判定日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 (次回判定日：平成 ..... 年 ..... 月、否)
精神障害者 保健福祉手帳	初回	手帳番号 : 兵庫県第 ..... 号 ( ..... 級) 交付年月日 : ..... 年 ..... 月 ..... 日
	変更	再交付年月日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( ..... 級)
		再交付年月日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( ..... 級)

特別児童扶養手当	支給開始月： ..... 年 ..... 月 ( 1級 ・ 2級 )
障害児福祉手当	支給開始月： ..... 年 ..... 月
特別障害者手当	支給開始月： ..... 年 ..... 月
障害者(児)介護手当	支給開始月： ..... 年 ..... 月
障害年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他 ( ..... ) 裁定日： ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( 1級 ・ 2級 ・ 3級 )

補装具・日常生活用具の給付記録

交付日	種類	交付日	種類



## 就労関係等の記録

期 間	事業者名	通勤方法	作業内容	制度利用
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			
年 月 日 ～ 年 月 日	名称			<input type="checkbox"/> 職場適応訓練事業 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ支援事業 <input type="checkbox"/> 委託訓練 <input type="checkbox"/> 通院患者リハビリテーション事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	住所			









平成 20年 3月 発行

編 集 / 北播磨障害者（児）地域自立支援協議会  
西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町

---

イラスト / りんごぐみ (埜納タオ)