ふりがな
氏　名

フェイスファイル

目　次

基　本　情　報・・・・・・・・・・フェイスー1
わ が 子 の 特 性・・・・・・・・・・フェイスー2
医　療　情　報・・・・・・・・・・フェイスー3
歯科医療サポート情報シート・コミュニケーションシート
生　育　歴・・・・・・・・・・フェイスー8
福　祉　情　報・・・・・・・・・・フェイスー9
所　属　歴・・・・・・・・・・フェイスー11
相　談　歴　等・・・・・・・・・・フェイスー13
サ ポ ー ト マ ッ プ・・・・・・・・・・フェイスー14
（　　）の歩み・・・・・フェイスー15
（付録）対話の始まり（夢の語り合い）・・フェイスー16

記入者		
相談支援専門員	氏名	
	事業所	
	電話	
協力者	氏名	
	連絡先	

基本情報

記入日（　　年　　月　　日）

ふりがな 氏　名	性別	平熱 度	血液型　（　　年　　月　　日 検査） A・B・O・AB　（Rh　＋　・　－）
	男・女	愛称（成長に伴い見直しましょう）	生年月日 西暦年号　　年　　月　　日
住 所	〒		電話番号
災害時緊急避難先（家族で確認しましょう）	一次避難所：		二次避難所：

連　絡　先（家族の変化に合わせて連絡順位も書き換えましょう）

連絡順位	家族氏名	続柄	生年月日	住　　所	電話番号	備　考

その他の緊急連絡先（お住まいの地域の民生委員さん，市外・県外の連絡先があれば記入してください）

	氏　名	続柄	連 絡 先	備　考
1				
2				

診断名など（最新診断名を記入）	

持病（基礎疾患）・体質等　医師の診断のもと記入する　（詳細については後ページへ記入してください）

禁忌薬（キンキャク）（飲んではいけない薬）		なし　・　あり（薬名：　　）
アレルギー 現在管理・制限が必要なもの	食物アレルギー	なし　・　あり（原因：　　）
	その他	なし　・　あり（原因：　　）
	アナフィラキシーの既往	なし　・　あり（原因：　　）
	緊急時用処方薬	なし　・　あり（薬名：　　）
てんかん		なし　・　あり（てんかんの分類：　　）
持病（慢性的な病気）		なし　・　あり（　　）
常用薬（いつも飲んでいる薬）		なし　・　あり（薬名：　　）

持っている手帳など　（詳細については福祉情報（2）・フェイスー10へ記入してください）

身体障害者手帳	なし　・　あり（　　種　　級　障害名　　）		
療育手帳	なし　・　あり（□Ⓐ　□A　□Ⓑ　□B　）□に✔をつける		
精神障害者保健福祉手帳	なし　・　あり（　　級）	自立支援医療（育成・更生・精神通院）	なし　・　あり
重度心身障害者医療費助成	なし　・　あり	障害福祉サービス等受給者証	なし・あり（障害種別　　）
小児慢性特定疾病医療受給者証	なし　・　あり	特定医療費（指定難病）医療受給者証	なし　・あり

本人の状態　（誰でも支援できるように記入してください。複数○可）

コミュニケーション	理解の仕方	単語　・　筆記　・　写真･絵カード　・　ジェスチャー　・　手話　・　文字　・　具体物　・　その他（　　） 具体的に（　　）
	表出の仕方	単語　・　筆記　・　写真･絵カード　・　ジェスチャー　・　手話　・　文字　・　具体物　・　その他（　　） 具体的に（　　）
情緒の安定		安定　・　場合により不安定（　　）　・　不安定　・　自傷　・　他害
危険性の理解		できる　・　できない（車・火・水・もの　　）
マヒの有無		なし　・　あり（部位　　）
医療的ケアの有無		なし　・　あり（内容　　）
移　動		ひとりで歩行できる　・　見守りや声かけが必要　・　介助が必要　・　車椅子や補装具を使用
食　事		自立　・　見守りや声かけが必要　・介助が必要　・　偏食が激しい　・　過食　・　少食
排　泄		自立・見守りや声かけが必要・介助が必要・薬が必要　その他

わが子の特性

行動上の注意点，精神・神経症状，身体の状態，過去の事故歴など，事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記入してください。

記入例
「車が目に入ると突進していきます」　「不安になると手を洗いに行くことが多くなる」
「鏡に向かうと物を投げて割ろうとします」　「水が大好きなので見えるとかけ寄ります」
「からだの微妙な動きで母親や慣れた介助者は，空腹や排泄のサインがわかる」
「胃ろうのキャップが外れる」　「２～３日排便がないと薬を服用する」
「給食でアレルギーのあるものを食べてアナフィラキシーショックが生じた」　など

年月日	

医療情報（１）

記 入 例

保険等　　記入日（　　年　　月　　日）

健康保険証記号番号	乳幼児医療費等受給者証	
国保・健保（政・組）・その他（　　）	公費負担者番号	受給者番号
○○××△△△	○×△△	△△○××△

かかりつけの医療機関

診療科	小児科	医療機関名	○○小児科 【TEL】（　　）　－	主治医 ○○　○男先生
	耳鼻科	医療機関名	△△耳鼻科 【TEL】（　　）　－	主治医 △△　耳子先生
		医療機関名	【TEL】（　　）　－	主治医
		医療機関名	【TEL】（　　）　－	主治医

訪問看護

事業所名	看護内容	担当者
【TEL】（　　）　－		
【TEL】（　　）　－		

受診の際に気をつけてほしいこと

病院内での主な様子		本人への治療方法の伝え方	その他注意してほしいこと
待合室	「丸いものをみると，他人の持っている物でも手にとりたくなる」「独り言が多い」などを記入します。	ことばかけや声のかけ方で本人に伝わりやすい方法があれば記入します。 「治療の流れを絵や写真，または実演でみせながら説明してもらうと不安が和らぎます」「カードなどいつも使っているものをみせると理解します」などを記入します。	「大声で行動を止めようとすると，その瞬間は止まっても離れると繰り返す。低めの落ち着いた声で話しかけてほしい」「強くおさえつけるとかえって不安になり，泣いたり暴れたりします。できるだけ無理強いせず本人の表情を見ながら治療をすすめてください」などを記入します。
診察室	「初回の診察では，緊張する」「聴診器に興味を示す」などを記入します。		
注射	「おさえられるのが嫌いで，暴れる」「注射は好きなので，すぐに手を差し出す」などを記入します。		

常用薬

薬名（処方期間）	の薬（処方目的，副作用等	服薬状況	
年　月～　年　月		服薬時間	形状
		飲み方	
		服薬時間	形状
		飲み方	
		服薬時間	
		飲み方	
		服薬時間	
		飲み方	
		服薬時間	形状
年　月～　年　月		飲み方	

日頃服薬している薬があれば記入します。「抗けいれん薬」期間は「200×年○月～　200×年△月」など

「ひきつけ予防の薬」などを記入します。病院のスタッフやかかりつけ薬局に手伝ってもらったり，お薬手帳などを見ながら記入します。

服薬時間「朝晩1日2回」形状「白い粉」飲み方「水で服薬」などを記入します。

※薬局からのお薬シート・お薬手帳があれば医療情報（５）フェイスー7に入れてください。

医療情報（1）

保険等　　記入日（　　年　　月　　日）

健康保険証記号番号	乳幼児医療費等受給者証	
国保・健保（政・組）・その他（　　）	公費負担者番号	受給者番号

かかりつけの医療機関

診療科		医療機関名　【TEL】（　　）　－	主治医
		医療機関名　【TEL】（　　）　－	主治医
		医療機関名　【TEL】（　　）　－	主治医
		医療機関名　【TEL】（　　）　－	主治医

訪問看護

事業所名	看護内容	担当者
【TEL】（　　）　－		
【TEL】（　　）　－		

受診の際に気をつけてほしいこと

病院内での主な様子		本人への治療方法の伝え方	その他注意してほしいこと
待合室			
診察室			
注射			

常用薬

薬名（処方期間）	何の薬（処方目的、副作用等）	服薬状況	
年　月～　年　月		服薬時間	形状
		飲み方	
年　月～　年　月		服薬時間	形状
		飲み方	
年　月～　年　月		服薬時間	形状
		飲み方	
年　月～　年　月		服薬時間	形状
		飲み方	
年　月～　年　月		服薬時間	形状
		飲み方	

※薬局からのお薬シート・お薬手帳があれば医療情報（5）フェイス―7に入れてください。

記 入 例

医療情報（2）

今までにかかった病気〔感染症〕　　記入日（200×年〇月△日）

病名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など	備考
麻しん（はしか）	済 ・ 未	年　月　日　歳頃	〇かかった場合の状況を記入します。 ・「熱がでて耳の下が腫れて，痛みがあった」 ・「発熱，せき，目の充血」「肺炎を合併して入院」 ・「ブツブツがでて病院に行った。かさぶたになってから登園した。」などを記入します。	
風しん（三日はしか）	済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未	200×年〇月△日　3歳頃		
おたふくかぜ	済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
結核	BCG済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		

予防接種はすんでいれば「済」に、すんでいなければ「未」に、〇をつけます。母子健康手帳をみながら記入しましょう。

※予防接種は母子健康手帳を参照

その他今までにかかった大きな病気，ケガ，入院歴

病名	かかった時期	治療医療機関
「川崎病」「肺炎入院」「階段からの転落で骨折入院」など，入院治療や継続治療が必要な病気やケガなどを記入します。	200×年〇月△日　〇歳頃	〇〇病院　【主治医】〇〇　〇〇
	年　月　日　歳頃	【主治医】
	年　月　日　歳頃	【主治医】
	年　月　日　歳頃	【主治医】
	年　月　日　歳頃	【主治医】
	年　月　日　歳頃	【主治医】

どのような体質ですか（〇をしてください）　体質が変わったら書き直しましょう

該当するものに〇。	かぜをひきやすい	該当するものに〇。その他があれば記入します。	かぶれやすい（部位：　　）
	下痢をしやすい		関節がぬけやすい（部位：肘 肩 その他　　）左・右
	便秘しやすい		よく吐く
	その他（　　）		

医療的な管理が必要なもの　→　医療情報（4）フェイスー6へ

胃ろう・尿道カテーテル・吸引・酸素ボンベ使用・その他（　　）

〇をつけます。医療情報（4）フェイスー6にくわしく記入します。

医療情報（2）

今までにかかった病気〔感染症〕　　記入日（　　年　　月　　日）

病名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など	備考
麻しん（はしか）	済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
風しん（三日はしか）	済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
おたふくかぜ	済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
結核	BCG済 ・ 未	年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		
		年　月　日　歳頃		

※予防接種は母子健康手帳を参照

その他今までにかかった大きな病気、ケガ、入院歴

病名	かかった時期	治療医療機関		
	年　月　日　歳頃		【主治医】	
	年　月　日　歳頃		【主治医】	
	年　月　日　歳頃		【主治医】	
	年　月　日　歳頃		【主治医】	
	年　月　日　歳頃		【主治医】	
	年　月　日　歳頃		【主治医】	

どのような体質ですか（〇をしてください）

	かぜをひきやすい		かぶれやすい（部位：　　）
	下痢をしやすい		関節がぬけやすい（部位：肘 肩 その他　　）左・右
	便秘しやすい		よく吐く
	その他（　　）		

医療的な管理が必要なもの　→　医療情報（4）フェイスー6へ

胃ろう・尿道カテーテル・吸引・酸素ボンベ使用・その他（　　）

医療情報（3）

特に気を付けてもらいたい病状（ひきつけ，心臓病，ぜんそく，アレルギー，てんかんなど）

記 入 例

病名 「ひきつけ」や「気管支ぜんそく」などの病名を記入します。 記入年月日	症状	発作時は吐いたり激しく泣く。	対応	ゆっくり腹式呼吸。周囲が不安がらない。
	医療機関名	○○病院 【TEL】（○○○）○○○－○○○	主治医	○○　○○

病状を記入します。
「手足がガクガク，白目になる。息がとまる。熱が出ているときなりやすい」「咳，息切れ，呼吸できない」などを記入します。

対応を記入します。
「吐くかも。顔を横向きにして服をゆるめる。時間をみておく。病院に相談」「症状が落ち着かなければ病院に連絡する」などを記入します。

記　　入

病名 診断を受けた時期 年　月　日 治療中 年　月　日 経過観察 年　月　日	症状		対応	
	医療機関名 【TEL】（　　）　　－		主治医	
病名 診断を受けた時期 年　月　日 治療中 年　月　日 経過観察 年　月　日	症状		対応	
	医療機関名 【TEL】（　　）　　－		主治医	
病名 診断を受けた時期 年　月　日 治療中 年　月　日 経過観察 年　月　日	症状		対応	
	医療機関名 【TEL】（　　）　　－		主治医	

※くわしく書きたい方は別紙に記入して入れてください。

医療情報 （4）

記入日（　　年　　月　　日）

診　断　名		平　熱	度
健康・体質	汗が出にくい ・ 熱がこもる ・ 体温調節不調 アレルギー（　　） その他（　　）	常用薬	なし ・ あり 種類

食事関係	経口摂取 （口から食べる）	口から食べる：　できない ・ できる ⇒ 介助：　不要 ・ 必要 嚥下障害　なし ・ あり⇒（誤嚥性肺炎の経験　　なし ・ 　あり ） 姿勢： 食事形態：刻み食・ミキサー食・ペースト食・ペースト食（とろみ付き） 水分摂取時にとろみ付加：不要・必要（どの程度：　　）
	経管栄養：経鼻	管の太さ（　　）Fr　　鼻に止める位置　先端から（　　㎝）
	経管栄養： 胃ろう（腸ろう）	PEG製品名（　　）（太さ　　Fr ・ 長さ　　㎝） 形態：外部（ボタン型 ・ チューブ型）　内部（バンパー型 ・ バルン型） 交換の頻度（　　）　　バルンの水（　　ml固定）
	経管栄養剤等	エンシュアリキッド・ラコール・その他（製品名：　　） ミキサー食（内容：　　程度：　　）
	注入時の注意	姿勢　　その他
	注入する 栄養剤の量	１日の総カロリー量目安（　　）Kcal 朝食　時（　　）ml　白湯（　　）ml　その他（　　：　　）ml 昼食　時（　　）ml　白湯（　　）ml　その他（　　：　　）ml 夜食　時（　　）ml　白湯（　　）ml　その他（　　：　　）ml ほか　時（　　）ml　白湯（　　）ml　その他（　　：　　）ml
	注入方法	１回の注入時間（　　）分　注意事項（　　）
呼吸器関係	気管カニューレ	製品名（　　）管の内腔（　　）㎜　カフ（なし ・ あり） 交換の頻度（　　）ごと　交換している人・病院（　　） ネブライザー（吸入）　必要なし・必要あり（薬剤名　　） 吸引カテーテル（太さ　　Fr　）の挿入の長さ（　　）㎝まで（厳守） 吸引の頻度（随時 ・　分ごと ・　時間ごと・ 喘鳴時 ・その他　　）
	酸素使用	夜間のみ ・ ２４時間 ・ その他（　　） 酸素使用量（　　l/min）
	呼吸器条件	（SIMV ・ CMV ・ CPAP ・ RR ・ PIP ・ PEEP　など）
排泄	排尿・排便	導尿の必要　なし・あり⇒１日　回（　時間ごと）カテーテルの太さ（　　Fr） 下剤の必要　なし・あり⇒（　　日に１回　下剤：種類　　量　　）
てんかん発作時対応		対応の必要　なし ・ あり　　投薬の必要　なし ・ あり
補装具等	支給状況	業者名 ＴＥＬ
そ の 他		

医療情報（5）

※薬局からのお薬シート・お薬手帳があればこちらに入れてください。　記入日（　　年　　月　　日）

歯科医療サポート情報シート

（記入日　　年　　月　　日）

このシートは，歯科診療をスムーズに行なうための必要な配慮について記載するシートです。
歯科診療に不安がある方は，わかる範囲で記入してご利用ください。

【患者氏名（年齢）】　　（　　歳）

●診療室に入るまでに配慮して欲しいこと　(該当する項目にチェックを入れてください)

☐ 待合室で待つことが苦手です。　☐ 短時間（５～１０分）なら待合室で待ちます。

☐ 待合室の外で待ちます。携帯電話に連絡してください。携帯番号(　　―　　―　　)

☐ 保護者，介助者が診療室の中まで付き添ったほうが良いと思います。

☐ その他配慮してほしいこと。（　　）

●コミュニケーションのとり方（以下の項目のうち，有効な手段があればいくつでもチェックを入れてください。）

☐ 事前に診療の内容を教えて欲しい。　☐ ゆっくり話しかけてください。

☐ 絵や写真で説明してもらえると良く分かります。　☐ 実物をみると分かりやすいです。

☐ 手鏡等で診療の様子をリアルタイムで見せてもらえると少し安心します。

☐ 文字で書いてもらうと分かりやすいです。

☐ その他配慮してほしいこと。（　　）

●本人は歯科治療の際に「痛いっ！」ということを周囲に伝えられますか。

☐ できる（方法：　　）　☐ できない

●嫌なこと，苦手なこと，怖がることなどにチェックを入れてください。

（1）　声について

☐ 大きな声　☐ 子どもの泣き声

☐ その他配慮してほしいこと（　　）

（2）　音について

☐ タービン（歯を削るための器具）の音　☐ 大きな音　☐ 吸引音

☐ その他の音（　　）

（3）　診療室の環境について

☐ 白衣　☐ 仰向けになること　☐ 光（ライト）　☐ とがった物

☐ その他配慮してほしいこと（　　）

（4）　その他

☐ じっとしていること　☐ 触れられること(部位：　　)

☐ 急に診療台が倒れること　☐ 注射　☐ 水の温度(冷たい　熱い)

☐ その他配慮してほしいこと（　　）

●くちゆすぎ（くちゆすぎ，うがい）について　☐ できる　☐ できない

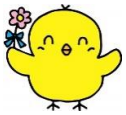
●好きなこと，興味のあることについて

(好きなキャラクター，物，色などを用いて不安を軽くしたり，ごほうびに使ったりします)

興味あること(　　)

好きなキャラクター(　　)

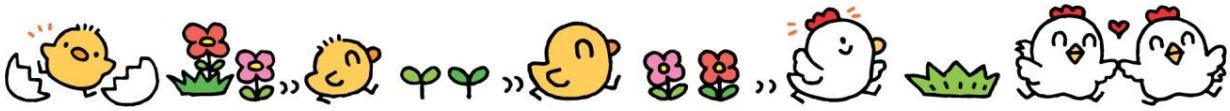
●受診にあたって心配なこと，伝えておきたいことがあればお書きください。



コミュニケーションシート

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今日行った治療	治療中の様子，治療後の注意 ―担当医より―	治療後の様子，質問など ―付き添いの方より―
年　　月　　日 ・何もできなかった ・口腔内の観察，指導 ・治療　□十分　□不十分 ・詰め物，冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他（　　）	担当医名：	
年　　月　　日 ・何もできなかった ・口腔内の観察，指導 ・治療　□十分　□不十分 ・詰め物，冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他（　　）	担当医名：	
年　　月　　日 ・何もできなかった ・口腔内の観察，指導 ・治療　□十分　□不十分 ・詰め物，冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他（　　）	担当医名：	



生育歴

生まれる前から3歳までの状況　　記入日（　　年　　月　　日）

出産前
・妊娠中，特に気になることがありましたか？： （具体的に）

出産時
●出産予定日（　　年　　月　　日）　・出産日（　　年　　月　　日）（　　週）
●お母さんの年齢（　　歳）
●赤ちゃんの　・体重（　　g）　・身長（　　cm）
・胸囲（　　cm）　・頭囲（　　cm）
●分娩の経過は？：頭位・骨盤位・その他（　　）
●その他　◆仮死状態：なし・あり　◆アプガー指数（　　点）　分後（　　点）
◆新生児聴覚検査：パス・要再検　◆その他（　　）

乳幼児健診の状況（特記すること）	
3～4か月児健診	・受けていない　・受けた（　　）
1歳6か月児健診	・受けていない　・受けた（　　）
3歳児健診	・受けていない　・受けた（　　）

発達状況
●栄養方法：　母乳 ・ ミルク ・混合
●乳の飲み方は？　普通・弱かった・その他（具体的に　　）
●運動発達：首のすわり（　　か月），寝返り（　　か月），お座り（　　か月）
はいはい（　　か月），ひとり歩き（　　歳　　か月）
●聞こえについて気になることがありましたか？　はい（　　か月の頃）・ いいえ
●あやすと笑いましたか？　はい（　　か月頃からしていた）・ いいえ
●視線の合わせ方はどうでしたか？　よく合った ・ 合うこともある ・ 合いにくかった
●人見知りをしましたか？　はい（　　か月頃からしていた）・ いいえ
●親の後追いをしましたか？　はい（　　か月頃からしていた）・ いいえ
●指さしをしましたか？　はい（　　か月頃からしていた）・ いいえ
●初めて言葉（ワンワン、ブーブー　など）を言ったのは？　歳　　か月頃（言った言葉
●２つ以上言葉を続けて言った（「ワンワン行った」など）のは？　歳　　か月頃（言った言葉
●育児で気になったことがありますか？（あれば○をつけてください）
落ち着きがない ・ おとなしい ・ 寝てばかりいた ・ あまり寝ない ・ よく動きまわる ・ かんしゃく
気持ちの切りかえができない ・ 病気がちだった ・ その他（　　）
●好きなものは何ですか？　（　　）
●よくする遊びは何ですか？　（　　）

※母子健康手帳参照

福祉情報（１）

診断の内容　（障害の診断名が変わったら記入しましょう）　　記入日（　　年　　月　　日）

診断名	診断を受けた時期	診断機関	備考（担当医等）
	年　月　日　歳		
	年　月　日　歳		
	年　月　日　歳		
	年　月　日　歳		
	年　月　日　歳		
	年　月　日　歳		

収入・住居の状況　（本人が未成年の場合は家族の状況を記入してください）

収入状況	障害年金	なし　・　あり（　　級）	生活保護の受給	受給者名 なし　・　あり（　　）
	勤労収入	なし　・　あり	その他（家賃収入等）	
住居の状況	（　本人名義　・　家族名義　） 持ち家　・　公営住宅　・　民間アパート		施設　・その他（　　）	

福祉サービス事業所利用状況（放課後等デイサービス・移動支援・短期入所・居宅支援等）

事業所名	利用サービス名	利用日	住所	連絡先

※福祉サービスの利用状況については受給者証を参照

福祉情報（２）

手帳・福祉支援の情報　　記入日（　　年　　月　　日）

福祉支援・福祉制度の利用		受給の内容	手帳・証書の管理者
療育手帳	有・無	□Ⓐ　□A　□Ⓑ　□B	
		手帳番号（　　）	
		交付年月日（　　年　　月　　日）	
		更新年月日（　　年　　月　　日）	
身体障害者手帳	有・無	種類（　　）　等級（　　）	
		手帳番号（　　）	
		交付年月日（　　年　　月　　日）	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	１級　・　２級　・　３級	
		手帳番号（　　）	
		交付年月日（　　年　　月　　日）	
		有 効 期 限（　　年　　月　　日）	
重度心身障害者医療費受給者証	有・無	公費負担者番号（　　）	
		受給者番号　（　　）	
自立支援医療（育成・更生・精神通院）	有・無	公費負担者番号（　　）	
		受給者番号　（　　）	
小児慢性特定疾病医療受給者証	有・無	公費負担者番号（　　）	
		受給者番号　（　　）	
特定医療費（指定難病）医療受給者証	有・無	公費負担者番号（　　）	
		受給者番号　（　　）	
障害福祉サービス受給者証	受給者番号（　　）		
	交付年月日（　　年　　月　　日）		
	障害種別　１　２　３		
	障害支援区分　１・２・３・４・５・６・非該当		
障害児通所受給者証	受給者番号（　　）		
	交付年月日（　　年　　月　　日）		
特別児童扶養手当	なし　・　あり　（１級　・　２級）		
	支給決定年月日（　　年　　月　　日）		
障害児福祉手当	なし　・　あり　（　　）		
特別障害者手当	なし　・　あり　（　　）		
障害基礎年金	（１級・２級）基礎年金番号（　　）		
	受給権を取得した年月（　　年　　月）		
	更　新　なし・あり　更新年月日（　　年　　月）		
日常生活自立支援事業	なし　・　あり　（契約日　　年　　月　　日）		
成年後見制度の利用	なし　・　あり　（補助　・　保佐　・　後見）		
心身障害者扶養共済制度	未加入　・　加入　（加入者番号　　）		
	加入年月日（　　年　　月　　日）		
付添看護料共済	未加入　・　加入　（加入者番号　　）		
	加入年月日（　　年　　月　　日）		
生活保護の受給	なし　・　あり　（受給者名　　）		

所属歴（1）

児童発達支援事業所・幼稚園・保育所等　　記入日（　　年　　月　　日）

施設名（所属名）	所属期間	担任等		
【TEL】（　　）　　－	（　　歳～　　歳） 年　　月～　　年　　月	組		
		組		
【TEL】（　　）　　－	（　　歳～　　歳） 年　　月～　　年　　月	組		
		組		
【TEL】（　　）　　－	（　　歳～　　歳） 年　　月～　　年　　月	組		
		組		
【TEL】（　　）　　－	（　　歳～　　歳） 年　　月～　　年　　月	組		
		組		
【TEL】（　　）　　－	（　　歳～　　歳） 年　　月～　　年　　月	組		
		組		

小学校・特別支援学校　　通級による指導　有　・　無　／　特別支援学級在籍　有　・　無

学校名等（所属名）	所属期間	担任等		
			支援学級	交流学級
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	１年生		
		２年生		
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	３年生		
		４年生		
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	５年生		
		６年生		

中学校・特別支援学校　　通級による指導　有　・　無　／　特別支援学級在籍　有　・　無

学校名等（所属名）	所属期間	担任等		
			支援学級	交流学級
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	１年生		
		２年生		
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	３年生		

高等学校・特別支援学校等

学校名等（所属名）	所属期間	担任等		
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	１年生		
		２年生		
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	３年生		

（次ページに続く）

所属歴（2）

その他（専門学校・大学等）　　記入日（　　年　　月　　日）

学校名等（所属名）	所属期間	チューター等
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	
【TEL】（　　）　　－	年　　月～　　年　　月	

青年・成人期以降（就労移行支援・就労継続Ａ型／Ｂ型・生活介護・地域活動支援等）

事業所名	住所	電話番号	担当者
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	
年　月～　年　月			
	利用サービス名：	送迎利用　無　・　有（　　）	

勤務先	所属・配置先	住所	連絡先
年　月～　年　月			
	職　種：		責任者：
年　月～　年　月			
	職　種：		責任者：
年　月～　年　月			
	職　種：		責任者：
年　月～　年　月			
	職　種：		責任者：
年　月～　年　月			
	職　種：		責任者：

相談歴等

（育児・成育の不安，身近な方に相談したこと等も書き残しましょう
年金申請の時に役に立ちます）

【経過履歴・相談・検査・訓練等記録】　　記入日（　　年　　月　　日）

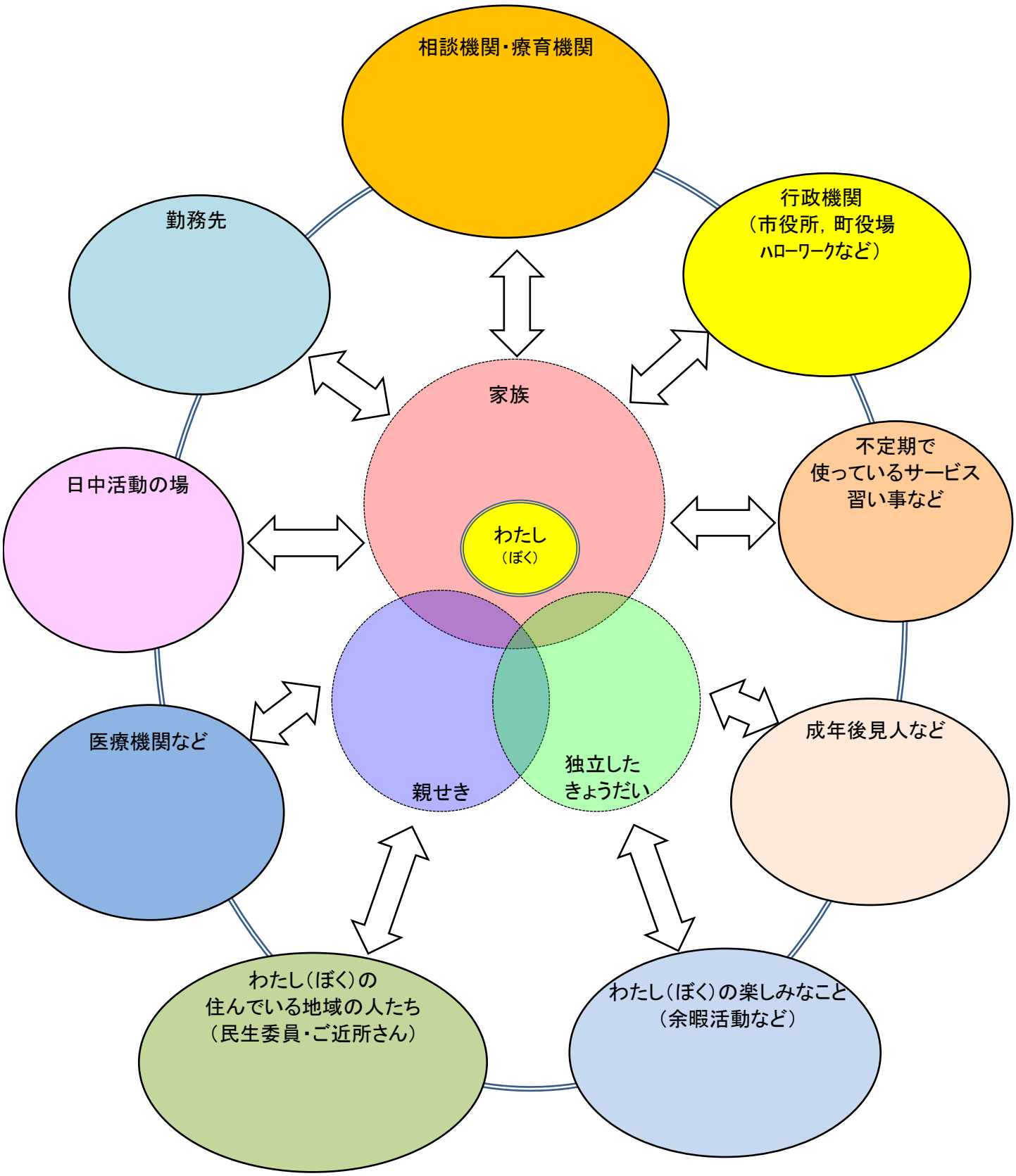
相談等年月日	機関名等 （保健センター・病院・療育センター・児童相談所等）	内　容　等
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	
年　月　日	機関名： 担当者： 【TEL】（　　）　－	

※診断の状況を医療（４）フェイス―６・福祉（１）フェイス―９に記入し,診断名に変更があれば,フェイス ―1を書き換えましょう

子の名前

（　　）のサポートマップ

記入日（　　年　　月　　日）



※　わたし（ぼく）のまわりにある支援を書き込んでみましょう。

記入例

（　太郎　）の歩み

記入日（　　年　　月　　日）

西暦／和暦	本人 年齢	(父) 年齢	(母) 年齢	学校・事業所・会社・施設など	できごと・メッセージなど
1992 H4	0	27	22		広島家の長男として太郎誕生
1994 H6	2	29	24		言葉の遅れが気になり始めた 次男二郎誕生
1996 H8	4	31	26	つつじ幼稚園	入園。言葉の教室にも通い始める 長女花子誕生
〃				△△病院	発達遅滞・自閉傾向と診断された 主治医は田中医師
1998 H10	6	33	28	○○小学校	入学。特別支援学級へ在籍
2000 H12	8	35	30	△△病院	肺炎で２週間入院
2003 H5	11	38	33		自宅を改築。自分の部屋ができた 自分の部屋で寝るようになった
〃					母方祖父（南部伊三郎）が死去
2004 H16	12	39	34		柴犬（ごん太）を飼い始めた
2005 H17	13	40	35	○○特別支援学校	中学部へ入学 部活動は陸上部
2008 H20	16	43	38	○○特別支援学校	高等部へ入学 部活動は陸上部
2009 H21	17	44	39		陸上部部長に抜擢
2011 H23	19	46	41	○○事業所	入所
〃	20	46	41		障害者陸上競技大会へ出場

※必要に応じてこの用紙をコピーして追加しましょう。

（　　）の歩み

記入日（　　年　　月　　日）

西暦／和暦	本人 年齢	（父） 年齢	（母） 年齢	学校・事業所・会社・施設など	できごと・メッセージなど

※必要に応じてこの用紙をコピーして追加しましょう。

対話の始まり（夢の語り合い）のページ

記入日：　　年　　月　　日

保護者（家族）と学校の教師・支援者などが
気軽に本人の夢（めざしたい姿）と今を話し合い，
記入しながら，同じ目線で子どもの夢の実現を
めざすためのシートです。

記 入 例

子どもの夢や夢が実現した時の
気持ちを語り合いメモする

1．幸せの一番星

もっと美味しいパン
を作りたいと思う
接客もしたい

パン屋に勤めて，
美味しいパンを作る
美味しいと言われてうれしい

ゴールと比べた
“今”の状況を
語り合いメモする

3．いま

- 大人が付き添って登下校している。
- 自動車や自転車が近づくと道路の端によって避けている。
- コンビニ店内で牛乳やプリンを探して見つける。

2020.1

ゴールに近づくために
必要な力について
語り合いメモする

4．関係者

- 付き添うおとな
- 通学路の商店の人
- 登下校を見守る地域の人
- 通学グループの子ども
- コンビニの店長
- コンビニの店員
- 近所のＡさん

2020.1

必要な力を高めるために
必要な力について語り
合いメモする

5．必要な力

- 安全を判断する力
- 人に援助を求める力
- 人に尋ねる力
- 見知らぬ人に対応する力
- 世間話をする力
- 金銭を扱う力
- 電子マネーを扱う力

“この対話が終わったら、
それぞれ（保護者と教師）が
すること”を具体的に記する

7．最初の一歩

Ｂさん：家での手伝いや仕事をもう一つ増やす
担任：下校の指導計画を作成する
保護者：通学路の安全マップを一緒に作る
コンビニの店長、店員と親しくなる
Ａさん：下校時にＢさんをほめる

１年程度先の目標を
語り合いメモする

6．近い将来

- 学校からＡ公園まで一人で下校する
- 一人で家の近くのコンビニに行き、食パンと牛乳を買ってくる

2021.1

「幸せの一番星」に近づく
ための３年程度先の目標を
語り合いメモする

2．ゴール

- 学校まで一人で歩いて登下校する
- 一人で家の近くのコンビニに行って食べ物を買ってくる

2023.1

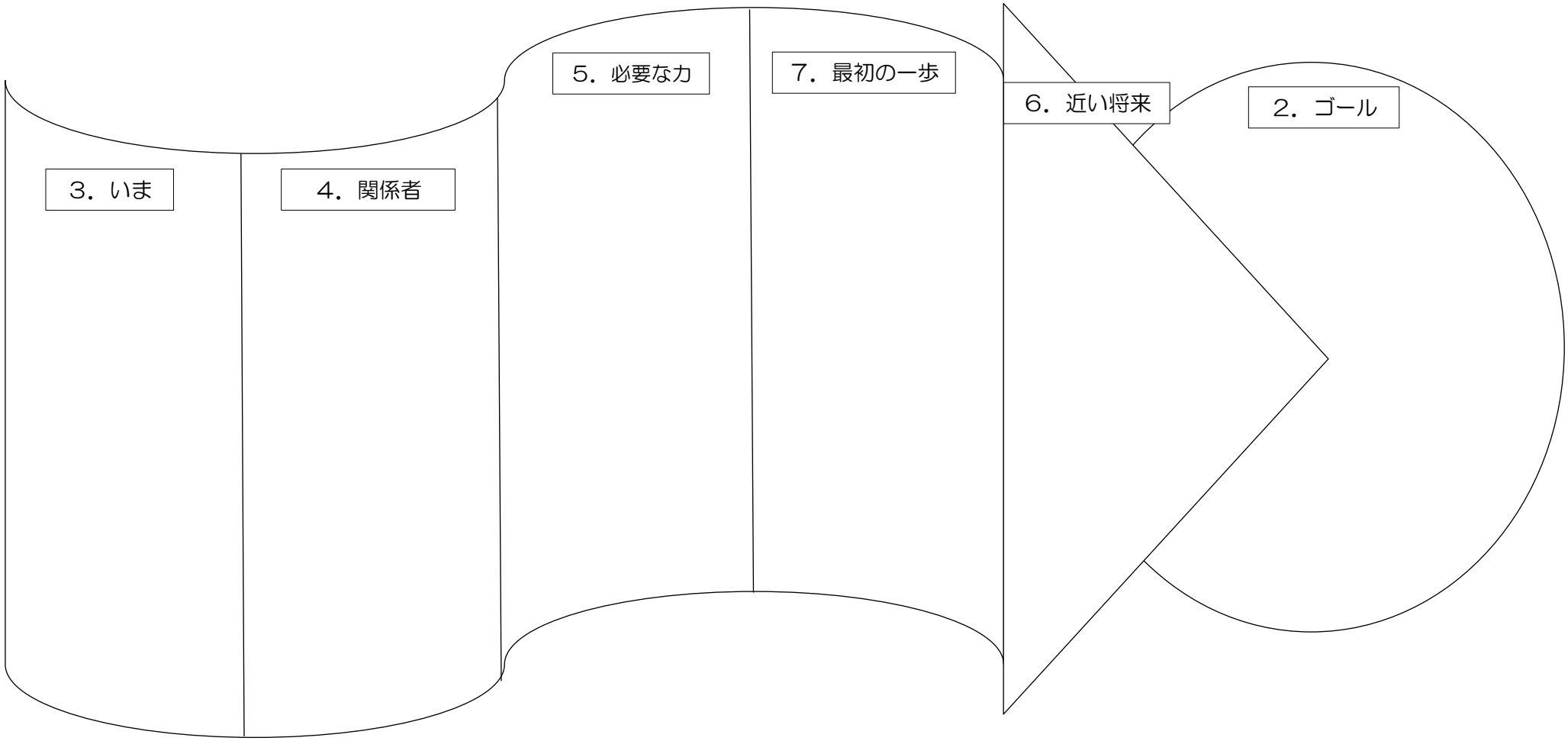
参考：独立行政法人国立特殊教育総合研究所（2002）知的障害養護学校における個別の指導計画とその実際に関する研究

※担任（支援者）が変わったら一緒に作成しましょう

対話の始まり（夢の語り合い）のページ

記入日：　　年　　月　　日

保護者（家族）と学校の教師・支援者などが
気軽に本人の夢（めざしたい姿）と今を話し合い，
記入しながら，同じ目線で子どもの夢の実現を
めざすためのシートです。



参考：独立行政法人国立特殊教育総合研究所（2002）知的障害養護学校
における個別の指導計画とその実際に関する研究

※担任（支援者）が変わったら一緒に作成しましょう