

サポートブック



プロフィール

ふりがな						本人の写真 (1 年以内に撮影したもの)			
名前									
呼び名				性別					
生年月日	年 月 日(歳)								
身長	cm		体重	kg		平熱	度	血液型	型
住所	(〒 -)								
連絡先	①	-		-		自宅・父・母・祖父・祖母・その他()			
	②	-		-		自宅・父・母・祖父・祖母・その他()			
	③	-		-		自宅・父・母・祖父・祖母・その他()			
園・学校	(TEL - -) 年 組 (担任)								
利用しているサービス・相談機関等	例) 保健所、区基幹相談支援センター、放課後等デイサービス、トワイライトクラブ等								

(年 月現在)

特性・診断について

障害名（主治医等から言われていること）

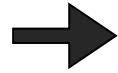
本人の特性

手帳

無

・

有



愛護（療育）手帳

精神障害者保健福祉手帳

身体障害者手帳

度

級

級

通院している医療機関・療育センター

医療機関名（科）

（主治医

）

TEL

障害に関して飲んでいる薬

健康面

主な、かかりつけ医

医療機関名（科）

TEL

医療機関名（科）

TEL

医療機関名（科）

TEL

医療機関名（科）

TEL

アレルギーについて ある ・ なし

てんかんについて ある ・ なし

上記あるに○をつけた方は詳細についてお書きください。

どんな時に起こるか。

どんな時に起こるか。

どのような症状がでるか。

どのような症状がでるか。

配慮事項

配慮事項

飲んでいる薬

飲んでいる薬

その他で飲んでいる薬、薬を飲む時の工夫があれば

提出先；

		子どもの様子	家族が気をつけていること (配慮してほしいこと)
身のまわり のこと			
コミュニケーション	子どもに わかる伝え方		
	子どもから の意思表示 の仕方		
好きなこと			
嫌い・ 苦手なこと			
パニック について			
子どもの 集団での様子			
外出する時			
その他 特記事項			

(年 月 現在)
(記入者； (本人との間柄))