

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)

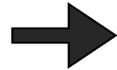
本人の特性

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))