

# 【さくらシート記入例】

小 金 井 市



個別支援シート(フェイスシート)

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

本人	ふりがな	こがねい たろう		本人がわかる呼び方	血液型
	氏名	小金井 太郎 平成 ○○月 ○日生まれ <b>男</b> ・女		たーくん	A 型
	住所	〒184-0000 東京都小金井市○町○丁目○番○号 電話( 042 ) 000-0000 携帯電話( ) —			
	住所(変更)	〒 電話番号( ) — 携帯電話( ) — 住所変更された場合の記入欄です。			
緊急連絡先	ふりがな	こがねい いちろう	こがねい はなこ		
	氏名	小金井 一郎 続柄( 父 ) 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生まれ	小金井 花子 続柄( 母 ) 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生まれ		
	住所	〒 電話番号( 042 ) 000 - 0000 携帯電話( 000 ) 0000 - 0000	〒 電話番号( ) — 携帯電話( 000 ) 0000 - 0000	本人と一緒に ・本人と別居(下記へ住所記入)	
	勤務先	(株)0000 東京都○○区○○町○-○-○ 電話番号( 03 ) 0000-0000		電話番号( ) —	
家族状況	続柄	氏名	生年月日	備考	
	兄	小金井 二郎	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	妹	小金井 桜	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	祖父	小金井 三郎	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

既往歴(病気などの記録)

感染症・予防接種

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

病名・種目	予防接種	既往の有無	かかった時期	病状・合併症など
結核(B・C・G)	済 ・ <input checked="" type="radio"/> 未	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
急性灰白髄炎(ポリオ)	済 ・ <input checked="" type="radio"/> 未	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
三種混合(百日せき・ジフテリア・破傷風)	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
ジフテリア・破傷風混合	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり	年 月 日 歳頃	「熱が出て、耳の下が腫れた。痛がって泣いた。」「肺炎を合併して入院した。」 「ブツブツが出て病院に行った。発熱あり。」など
麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)混合	済 ・ <input checked="" type="radio"/> 未	なし <input checked="" type="radio"/> あり	平成○年 ○月 ○日 3歳頃	
日本脳炎	<input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり	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	

予防接種はすんでいれば「済」に、してなければ「未」に、○をつけます。母子健康手帳を見ながら記入してください。

※予防接種は母子手帳を参照

入院を伴う大きな病気、ケガなど(入院、通院、手術などが必要なもの)

病名	かかった時期	医療機関	備考	
			通院	入院
例:「肺炎入院」「階段からの転落で骨折入院」など	○年○月○日 ( ○ 歳頃)	医療機関名 ○○病院	なし <input checked="" type="radio"/> あり	○年 ○月 ○日～○年 ○月 ○日
		医師名 ○○先生	手術	なし <input checked="" type="radio"/> あり △年 ○月 ○日、 年 月 日
		その他	手術:○年○月○日	
			なし <input checked="" type="radio"/> あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし <input checked="" type="radio"/> あり	年 月 日～ 年 月 日
			なし <input checked="" type="radio"/> あり	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	通院	なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日～ 年 月 日
	( 歳頃)	医師名	その他	
	年 月 日 ( 歳頃)	医療機関名	通院	なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日～ 年 月 日
			入院	なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日～ 年 月 日
			手術	なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日～ 年 月 日
	( 歳頃)	医師名	その他	

該当するものに○をします。通院や入院があった場合はその期間を、手術をした場合は手術日を記入します。数ヶ月おきの受診や経過観察、通院や入院の欄に書ききれない場合などは「その他」に記入してください。

医療情報 ・ 薬

常用薬

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

薬名(処方期間)	薬効など(薬の効果・副作用など)	服用状況・配慮すること	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
日頃服用している薬があれば記入します。例:「抗 けいれん薬」期間は「○年 ○月～○年△月」など	例:「ひきつけ予防の薬」 などを記入します。お薬手 帳などを見ながら記入して ください。	服薬時間「朝晩1日2回」形状「白い粉」飲み方「水で服用 などを記入します。配慮することについても記入しておき ましょう。※例:「服薬時間(朝食後、夕食後など)につい て事前に本人に伝えておくと、スムーズに服用することが できる。」粉薬は苦手。可能な限り錠剤にしてもらおうよ う頼む。」など	
		服薬時間	形状
年 月～ 年 月		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	

飲んではいけない薬(アレルギーなど) ( なし ・ あり )

薬名	どんな薬	服用した時の状態
		禁忌薬(飲んではいけない薬)について、医 師から指示されているものがあれば、記入し ます。また、服用後に体調が悪くなった経験 のある薬についても記入しておきます。

かかりつけの薬局

薬 局 名	電 話
○○○薬局	○○○-○○○-○○○○
	かかりつけの薬局について、お書きください。

## 医療情報

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

診断名 例:「ひきつけ」や「気管支ぜんそく」など	症状 発作時は吐いたり激しく泣く。		
	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。息が止まる。熱が出ている時なりやすい」「咳、息切れ、呼吸できない」など			
		TEL:	主治医
診断名	症状		
	医療機関名 TEL:	主治医	
診断名	症状		
	医療機関名 TEL:	主治医	
診断名	症状		
	医療機関名 TEL:	主治医	

※詳細内容(カルテの写し等)がある場合には、一緒に綴じてください。



## わたしの年表～乳幼児期

西暦 (年号)	年齢	所属 (幼稚園・保育園・通所施設など)	病院・療育相談機関など
	0	年齢の区分ごとに、所属する幼稚園・保育園・通所施設などについて、記入してください。	年齢の区分ごとに、かかった病院・療育相談機関などについて、記入してください。
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		



## わたしの年表～乳幼児期

西暦 (年号)	年齢	好きなこと・興味があること・習いごとなど	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	0	年齢の区分ごとに、好きなこと・興味があること・習いごとなどについて、記入してください。	年齢の区分ごとに、生育状況や本人を取り巻く環境の大きなできごとなどについて、記入してください。
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

## 個別支援シート 生い立ち

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

【出産前】			
妊娠中に気になったこと		妊娠中気になったこと等についてお書きください。	
【出産時】			
誕生日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出産時のお母さんの年齢	○○ 歳
出産した場所	○○○ 病院		
分娩経過	<input checked="" type="checkbox"/> 頭位・骨盤位      吸引・ <sup>カン</sup> 鉗子分娩 帝王切開（理由 _____） <small>サイタイケンラク</small> 臍帯巻絡 <small>ヨウスイコンダク</small> 羊水混濁 <small>センエン</small> 遷延分娩(24時間以上)    多量出血(500ml以上)		
出産状況	在胎週数( 38 )週 ( 1 )日    出生体重( 3, 150 )g    身長( 48 )cm 胸囲( 31 )cm    頭囲( 33 )cm <input checked="" type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 双胎		
黄疸	<input checked="" type="checkbox"/> なし・普通・強（光線療法 _____ 時間・交換輸血）		
早期新生児期	仮死( - ・ + )    アプガー 7 点( _____ 分)（酸素・人工呼吸器・保育器）		
運動発達	首のすわり( 4 )か月    寝返り( 6 )か月    おすわり( 7 )か月 ハイハイ( 7 )か月    つかまり立ち( 9 )か月    ひとり歩き( 15 )か月		
情緒発達	人をみて笑う( 6 )か月    人見知り( 8 )か月    後追い( 12 )か月		
言語発達	なん語( 5 )か月    始語( 13 )か月    二語文( 24 )か月		
けいれん	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり（無熱・有熱 _____ 回）    歳 _____ か月		
定期健診	<受診状況> 3～4か月( <input checked="" type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未 )    6～7か月( <input checked="" type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未 )    9～10か月( <input checked="" type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未 )		
備考	上記の項目について、母子手帳などの記録を参考にしながら、ご記入ください。		

## 個別支援シート 1歳6か月の姿

※該当項目に○を付ける

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

運動発達	上手に歩けない(転ぶ・よろめくなど) つま先歩きをする ・ くるくる回ったりすることがある 片手をひけば階段がのぼれる ・ 積み木を2つ3つ積み重ねられる ・ 鉛筆などをもって、なぐり書きをする	
感覚(音・光・接触等)	特定の音を嫌がる ・ きらきら光るものにこだわりがある ・ 身体に触れられることを嫌がる 突然の音に不安になったり、耳ふさぎをしたりすることがある ・ その他( )	
意思疎通	要求の伝え方	泣いて訴える ・ 指さし ・ 大人の手を取って ・ 身振り ・ 言葉
	話しことば	発声のみ 単語 ・ 2語文
	どんな言葉を話しますか?	ママ・パパ・ワンワン・ブーブー
対人関係	視線が	合わない ・ 合う
	友達に 興味ない	ある
	遊び方	一人遊び ・ 並行遊び ・ やり取り遊び
	好きな遊び	並行遊びとは・・・他の子供のそばで同じような遊びをしているが、相互に干渉はしないこと。
行動特徴	じっとしていることが難しい ・ こだわりがある ・ かんしゃくが強い ・ 自分を傷つける ・ 人を傷つける	
基本的 生活習慣	食事	食べ方 全部大人に食べさせてもらう ・ 手づかみ フォーク ・ スプーン ・ その他
		飲み方 介助が必要 ・ ストローで飲める コップで飲める
	好き嫌い (なし ・ あり)	好きな食べ物 みかん、バナナ
		嫌いな食べ物
睡眠	起床( 8 )時 就寝( 20 )時 目覚め(良 ・ 悪) 寝つき(良 悪)	
	昼寝 いつも ・ 時々 ・ しない	
自宅での様子や環境など工夫していること		1歳6か月健診(済 ・ 未) 助言・指摘内容 健診の際に受けた助言や指摘事項についてご記入ください。

## 個別支援シート 3歳の姿

※該当項目に○を付ける

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

運動発達	上手に走ることができない・手すりを使わずに交互に足を出して、階段をあがれる 両足で前に跳ぶことができない・片足で少しの間(2~3秒)立っていることができる	
感覚(音・光・接触等)	感覚(音、におい、触覚)に敏感である(上履きや靴下をはくことを嫌がる。 ) 特定の音を嫌がる(トラックの音 )・光に敏感である(強い日差しを嫌う )	
意思疎通	要求の伝え方	泣いて訴える・指さし・大人の手を取って・身振り・言葉
	話しことば	発声のみ・単語・2語文・3語文以上
	会話	成立しない・成立する・その他( )
	発音	不明瞭・明瞭
対人関係	視線が合う・呼びかけに反応・同じ年の友達に興味を示す・友達と一緒に遊ぶ	
	遊び方	一人遊び・並行遊び・やり取り遊び・ごっこ遊び 好きな遊び・得意なこと・苦手なことなど 並行遊びとは・・・他の子供のそばで同じような遊びをしているが、相互に干渉はしないこと。
行動特徴	じっとしていることが難しい・こだわりがある・かんしゃくが強い・自分を傷つける・人を傷つける	
基本的 生活習慣	食事	食べ方 全部大人に食べさせてもらう・手づかみ・フォーク・スプーン・その他
		飲み方 介助が必要・ストローで飲める・コップで飲める
	好き嫌い (なし)・あり	好きな食べ物 嫌いな食べ物
生活習慣	着脱	脱衣 全部やってもらう・できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下)
		着衣 全部やってもらう・できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下)
	排泄	オムツ・一部自立(失禁後教える・時間誘導で排泄・ )・自立・その他( )
	睡眠	起床( 7 )時 就寝( 21 )時 目覚め(良)・悪) 寝つき(良)・悪)
昼寝 いつも・時々・しない		
自宅での様子や環境など工夫していること		3歳児健診(済)・未) 助言・指摘内容 健診の際に受けた助言や指摘事項についてご記入ください。

## 個別支援シート 5歳の姿

※該当項目に○を付ける

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

運動発達	転びやすい、バランスが悪いと感じることがある ・ 鉄棒での前回りができる ・ プランコに乗れる		
感覚	特定の音を嫌う ・ においに敏感 ・ 特定の手触りを好む、同じ服を着たがる ・ 光に敏感である 手をつなぐことを嫌がる ・ 横目で見ると見方が変わっている ・ 痛み、鈍感		
意思疎通	要求の伝え方	泣いて訴える ・ 指さし ・ 大人の手を取って ・ 身振り ・ 言葉	
	話しことば	発声のみ ・ 単語 ・ 2語文 ・ 3語文以上	
	会話	成立しない ・ 成立する ・ その他( )	
	発音	不明瞭 ・ 明瞭	
	指示の理解	言葉の指示では難しい ・ 簡単な指示に従える	
対人関係	視線が合う ・ 呼びかけに反応 ・ 同じ年の友達に興味を示す ・ 友達と一緒に遊ぶ		
	遊び方	一人遊び ・ 並行遊び ・ やり取り遊び ・ ごっこ遊び ・ ルールのある遊び	
	好きな遊び・得意なこと・苦手なことなど	並行遊びとは・・・他の子供のそばで同じような遊びをしているが、相互に干渉はしないこと。	
行動特徴	こだわりがある ・ かんしゃくが強い ・ 自分を傷つける ・ 人を傷つける 興味が湧くと周囲の状況に関係なく行動する ・ 危険を避けられない クラスの中にいられない ・ クラスにいられる ・ 集会で着席できる		
基本的 生活習慣	食事	食べ方	スプーン ・ フォーク ・ 手づかみ ・ 全部大人に食べさせてもらう ・ その他
		飲み方	コップで飲める ・ ストローで飲める ・ 介助が必要
		好き嫌い (なし ・ あり)	好きな食べ物 肉類・果物 嫌いな食べ物 野菜全般
	着脱	脱衣	できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下) ・ 全部やってもらう
着衣		できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下) ・ 全部やってもらう	
排泄	オムツ・一部自立(失禁後教える・時間誘導で排泄) ・ 自立( ) その他( )		
睡眠	起床	( 7 )時 就寝( 21 )時 目覚め(良 ・ 悪) 寝つき(良 ・ 悪)	
	昼寝	いつも ・ 時々 ・ しない	
自宅での様子や環境など工夫していること			

※この他に、4～5歳児のお子さんを対象とした参考シート「行動評価SDQチェックシート」もございます。  
このシートにつきましては、ご希望の方にお渡ししておりますので、お手数ですが別途お問い合わせください。

## わたしの年表～学齢期

西暦 (年号)	年齢 (学年)	所属(学校・通所施設など)	病院・療育相談機関など
	例:6~7 (小1)	例にならって、年齢、学年を記入してください。 12歳~18歳(中学校、高校、大学、専門学校)についてもこのシートをお使いください。	年齢の区分ごとに、かかった病院・療育相談機関などについて、記入してください。
	例:7~8 (小2)	年齢の区分ごとに、所属する学校・通所施設などについて、記入してください。	
	例:8~9 (小3)		
	例:9~10 (小4)		
	例:10~11 (小5)		
	例:11~12 (小6)		

## わたしの年表～学齢期

西暦 (年号)	年齢 (学年)	好きなこと・興味があること・習いごとなど	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	例:6~7 (小1)	年齢の区分ごとに、好きなこと・興味があること・習いごとなどについて、記入してください。	年齢の区分ごとに、生育状況や本人を取り巻く環境の大きなできごとなどについて、記入してください。
	例:7~8 (小2)		
	例:8~9 (小3)		
	例:9~10 (小4)		
	例:10~11 (小5)		
	例:11~12 (小6)		

## 小・中学校( 3 )年生シート

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

担任の氏名	○○○○			学年を記入してください。
保護者の希望	保護者、本人の希望することについて記入してください。			
本人の希望				
通級指導学級( ○○ )学級	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日～	担当者名	○○○○	
スクールカウンセラー対応	なし・ <b>あり</b>	カウンセラー名	○○○○	
教育相談	<b>なし</b> ・あり(校内 校外)	教育相談担当者名		
校外教育相談機関	<b>児童発達支援センター</b> ・障害者福祉センター・その他( )			

項目	良いところ・伸ばしたいところ	気になるところ・支援してほしいところ
生活習慣	例:生活のリズム、食事、睡眠などの生活習慣について	
学習	例:得意な学科、苦手な教科など学習面で感じたことについて	
友人関係 (人との関わり)	例:友達との関わり方、好きな友達(おとなしい子が好きなど)、仲のいい友達、けんかになったことなどについて	
運動機能面	例:得意な運動、苦手な運動、手先の器用さなどの体の使い方や運動時の様子について	
登下校時の様子	例:決まった道順で帰る、登下校時の寄り道が多いなど、感じたことについて	
学校外での集団活動	例:スポーツ少年団、習い事などの学校外での活動の様子について	
家庭での様子	お子さんの家庭での様子について、お書きください。	
その他	お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいこと等をお書きください。「○○すれば落ち着く」等の関わり方のポイント、伸ばしたいところなどについて、お書きください。	



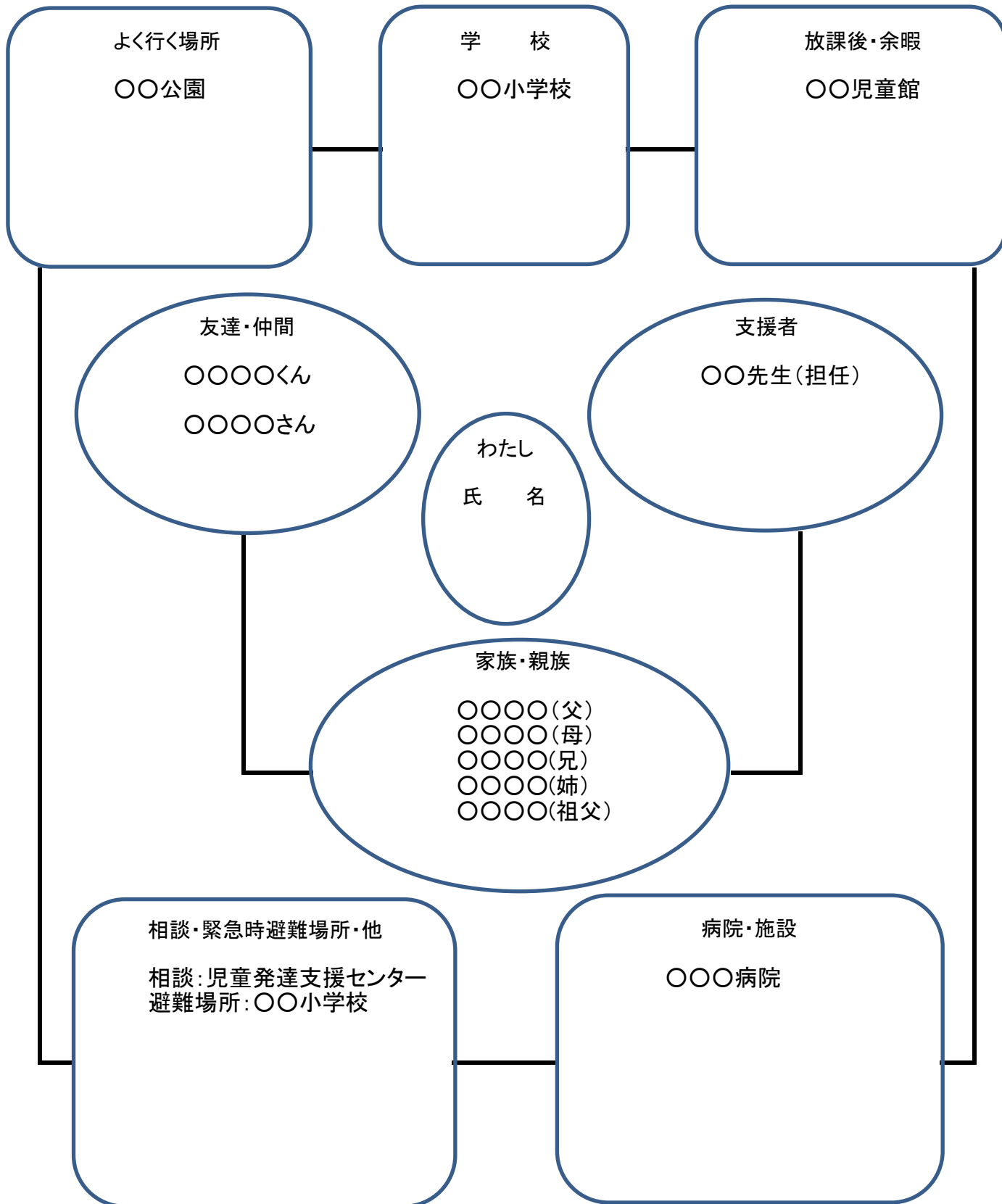
～生活の記録～ 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください

年 月 日	出 来 事
平成○年○月○日	例：買い物に行ったが、勝手にどこかに行ってしまう、探すのが大変だった。
平成○年○月○日	例：欲しいものが買ってもらえず、大泣きした。
平成○年○月○日	例：忘れ物がなくなるように、チェックリストを作った。
	<p>家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で嬉しかったことなど、何でもご自由にお書きください。 また、特別支援教育支援員、学習指導員、適応指導教室 もくせい教室などについて該当する場合は、この欄にお書きください。 (例：年月日や担当者の方のお名前等について)</p>

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

わたしの生活地図～( 小学校 3 )年生

小・中・高校・大学・専門学校生共通のシートです。例にならって、学年等をお書きください。



## わたしの年表～青年期

西暦 (年号)	年齢	所属 (学校・勤務先・通所施設など)	病院・相談機関など
	19	年齢の区分ごとに、所属する学校・勤務先・通所施設などについて、記入してください。	年齢の区分ごとにかかった病院・相談機関などについて、記入してください。
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		

## わたしの年表～青年期

西暦 (年号)	年齢	余暇活動・趣味など	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	19	年齢の区分ごとに、余暇活動・趣味などについて、記入してください。	年齢の区分ごとに、生育状況や本人を取り巻く環境の大きなできごとなどについて、記入してください。
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		

高校・大学( 2 )年生シート

専門学校( )年生シート

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

担任の氏名	〇〇〇〇	学年を記入してください。
保護者の希望		保護者、本人の希望 することについて記入 してください。
本人の希望		
教育相談	なし・あり(校内 校外)	教育相談担当者名
校外教育相談機関	児童発達支援センター・障害者福祉センター・その他( )	
スクールカウンセラー対応	なし・あり	カウンセラー名

項目	良いところ・伸ばしたいところ	気になるところ・支援してほしいところ
生活習慣	例:生活のリズム、食事、睡眠などの生活習慣について	
学習	例:得意な学科、苦手な教科など学習面で感じたことについて	
友人関係 (人との関わり)	例:友達との関わり方、好きな友達(おとなしい子が好きなど)、仲のいい友達、けんかになったことなどについて	
運動機能面	例:得意な運動、苦手な運動、手先の器用さなどの体の使い方や運動時の様子について	
登下校時の様子	例:決まった道順で帰る、登下校時の寄り道が多いなど、感じたことについて	
学校外での集団活動	例:スポーツ少年団、習い事などの学校外での活動の様子について	
家庭での様子	お子さんの家庭での様子について、お書きください。	
その他	お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいこと等をお書きください。「〇〇すれば落ち着く」等の関わり方のポイント、伸ばしたいところなどについて、お書きください。	

～生活の記録～ 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください

年 月 日	出 来 事
	<p data-bbox="440 331 1437 421">家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で嬉しかったことなど、何でもご自由にお書きください。</p>

わたしの年表～( 30 )歳代 該当する年代をお書きください。

西暦 (年号)	年齢	所属 (勤務先・通所施設など)	病院・相談機関など
	例:30	例にならって、年齢を記入してください。(30歳～60歳代までは、このシートをご利用ください。)	年齢の区分ごとにかかった病院・相談機関などについて、記入してください。
	例:31	年齢の区分ごとに、所属する勤務先・通所施設などについて、記入してください。	
	例:32		
	例:33		
	例:34		
	例:35		
	例:36		
	例:37		
	例:38		
	例:39		
	例:40		

わたしの年表～( 30 )歳代 該当する年代をお書きください。

西暦 (年号)	年齢	余暇活動・趣味など	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	例:30	年齢の区分ごとに、余暇活動・趣味などについて、記入してください。	年齢の区分ごとに、生育状況や本人を取り巻く環境の大きなできごとなどについて、記入してください。
	例:31		
	例:32		
	例:33		
	例:34		
	例:35		
	例:36		
	例:37		
	例:38		
	例:39		
	例:40		



## わたしの年表 70歳～

西暦 (年号)	年齢	所属 (通所施設など)	病院・相談機関など
	例:70	例にならって年齢の区分ごとに、所属する通所施設などについて、記入してください。	年齢の区分ごとにかかった病院・相談機関などについて、記入してください。
	例:71		
	例:72		
	例:73		
	例:74		
	例:75		
	例:76		
	例:77		
	例:78		
	例:79		
	例:80		

## わたしの年表 70歳～

西暦 (年号)	年齢	余暇活動・趣味など	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	例:70	例にならって年齢の区分ごとに、余暇活動・趣味などについて、記入してください。	年齢の区分ごとに、生育状況や本人を取り巻く環境の大きなできごとなどについて、記入してください。
	例:71		
	例:72		
	例:73		
	例:74		
	例:75		
	例:76		
	例:77		
	例:78		
	例:79		
	例:80		

## 成人期の生活状況

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

居住場所	持家(両親等所有・本人所有) <u>借家(アパート・公営住宅等)</u> 寄宿舍・寮 グループホーム 福祉施設( ) その他( )	
主な移動手段	<u>徒歩</u> <u>自転車</u> バイク 自家用車 タクシー バス 電車 送迎( ) その他( ) 移動所要時間 ( 時間 30 分)	
日常生活 (身辺自立)	食事	全面的に支援が必要 <u>部分的に支援</u> ほぼ自立
	洗濯	全面的に支援が必要 <u>部分的に支援</u> ほぼ自立
	片づけ	全面的に支援が必要 <u>部分的に支援</u> ほぼ自立
	排泄・排尿	全面的に支援が必要 部分的に支援 <u>ほぼ自立</u>
	衣服の着脱	全面的に支援が必要 部分的に支援 <u>ほぼ自立</u>
	入浴	全面的に支援が必要 部分的に支援 <u>ほぼ自立</u>
	身だしなみ	全面的に支援が必要 <u>部分的に支援</u> ほぼ自立
	買い物・外出	全面的に支援が必要 <u>部分的に支援</u> ほぼ自立
	主な支援者	家族(両親)
本人の 願いや目標		
現在困っていること		
主な日中活動	場所	
	内容	
	主な支援者	
余暇活動 趣味・特技		
金銭管理	支援者	両親

## 成人期のアセスメントシート①

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

支援区分		本人の希望	家族の希望	現在困っていること	支援者の役割
食生活		一人で買い物に行つて、好きなものを食べる。	バランスのとれた食事を取ることができる。	一人で買い物に行くと買い込みすぎる。	買い物への同行と助言
清潔保持		本人・家族の希望している状態について、具体的にお書きください。			具体的にどのような支援をしているか、お書きください。
健康管理	通院・服薬				
	身体健康管理	本人の現在の様子について、何に困っているのか、どのような手助けが必要か、具体的にお書きください。			
作業能力					
理解の仕方					
時間					
対人関係					
交通手段					
住まい					
社会資源の活用					
経済生活					
就業意欲					
その他					

成人期のアセスメントシート②

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

<身体的側面>

身体的側面について、項目ごとにお書きください。

身長( )cm	体重( )kg	握力 右( ) 左( )
視力 右( ) 矯正( ) / 左( ) 矯正( )		聴力 右( ) 左( )
その他、身体面の特記事項		

知能検査等についてお書きください。判定結果は必ず綴じておきましょう。

<精神的側面>

最近受けた知能検査等結果( )		検査実施日( )
検査の種類( )		* 判定結果を必ずつけるようにしましょう。
最近受けた神経検査等結果( )		検査実施日( )
本人の特性	内向的      社会的 マイペース      明朗 目で見ることが得意 感覚の鋭敏さ(音・触覚等)	頑固      几帳面      神経質      まじめ 慎重      不安が強い 聞く方が得意 その他( <input type="checkbox"/> 該当項目に○をしてください。 )
その他、精神面の特記事項		

例:幻聴、被害妄想、フラッシュバック、便秘、不眠症(眠りが浅い、目覚めが早い)等。

## 成人期のアセスメントシート③

※ 一人暮らしを想定して、記入してください。

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

区分	内容	全て手助けが必要	一部手助けが必要	手助けをせず、声かけのみでできる	できる	介助の内容
日常生活動作	入浴する				○	
	排泄する		可能な範囲で、該当するものに○をお書きください。		○	
	更衣をする				○	
	身支度を整える				○	
	整理整頓をする				○	
知的な判断能力	文字を読む				○	
	数字の概念を理解する		○	本人の状況や必要な支援について、できるだけ具体的にお書きください。		
	計算をする		○			
	長さや重さを理解する		○			
	時間を把握する		○			
コミュニケーション	挨拶				○	
	返事が必要なときに返事する				○	
	何かあったときに報告できる			○		
	伝言をする		○			すぐにメモをとるように声かけをする。
	電話を利用する				○	
	礼儀正しく振る舞う				○	
	わからないことを尋ねる				○	
緊急時に援護を求める				○		

区分	内容	全て手助けが必要	一部手助けが必要	手助けをせず、声かけのみでできる	できる	介助の内容
移動する力	目的地に行き帰ってくる		○			目的地に着いたら、電話をするように声かけをする。
	公共交通機関の利用				○	
	車・自転車の運転				○	
身辺管理の力	自分の健康を管理する			○		
	必要なときに病院に行ける			○		
	決められた規則を守る			○		
	状況を判断して行動する		○			報告、連絡、相談を習慣付ける。
	お金を保管・管理する	○				保護者による管理。
	日常生活上必要な買い物ができる		○			買い物際には同行し、助言する。
	危険物に対して注意する		○			安全確認の有無を本人に必ず聞く。
仕事を する力	与えられた仕事を最後まで実行する			○		
	周囲の人の仕事の邪魔をしない			○		
	責任を認識して仕事をする			○		
その他本人を知る上で大切なこと						

上記項目以外で、伝えるべき事柄について、お書きください。

## 就労の記録

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

就労先名称	○○○○○○○	(代表者) ○○○○		
住所	東京都○○区○○町○-○-○			
連絡先	TEL ○○-○○○○-○○○○	FAX ○○-○○○○-○○○○		
雇用形態	常勤 1日( )時間	パート・アルバイト 週( )日	その他( ) 週休( )日	
報酬	時給( )円 週給( )円 月給( 〇〇〇, 〇〇〇 )円 その他( )			
移動手段	徒歩 バス その他( )	自転車 電車	バイク 送迎( )	自家用車 タクシー ( ) 通勤所要時間 ( 〇 時間 〇〇 分)
主な業務内容	例: 商品の搬入、パソコンによる商品管理			
業務遂行上の課題	業務遂行上の主な課題についてお書きください。			
支援・配慮事項	就労において、支援・配慮する事項についてお書きください。			
本人・保護者の希望	本人・保護者の希望についてお書きください。			
相談・支援機関	機関名	障害者就労支援センター	担当者	○○○○
	機関名	障害者福祉センター	担当者	○○○○
	機関名		担当者	



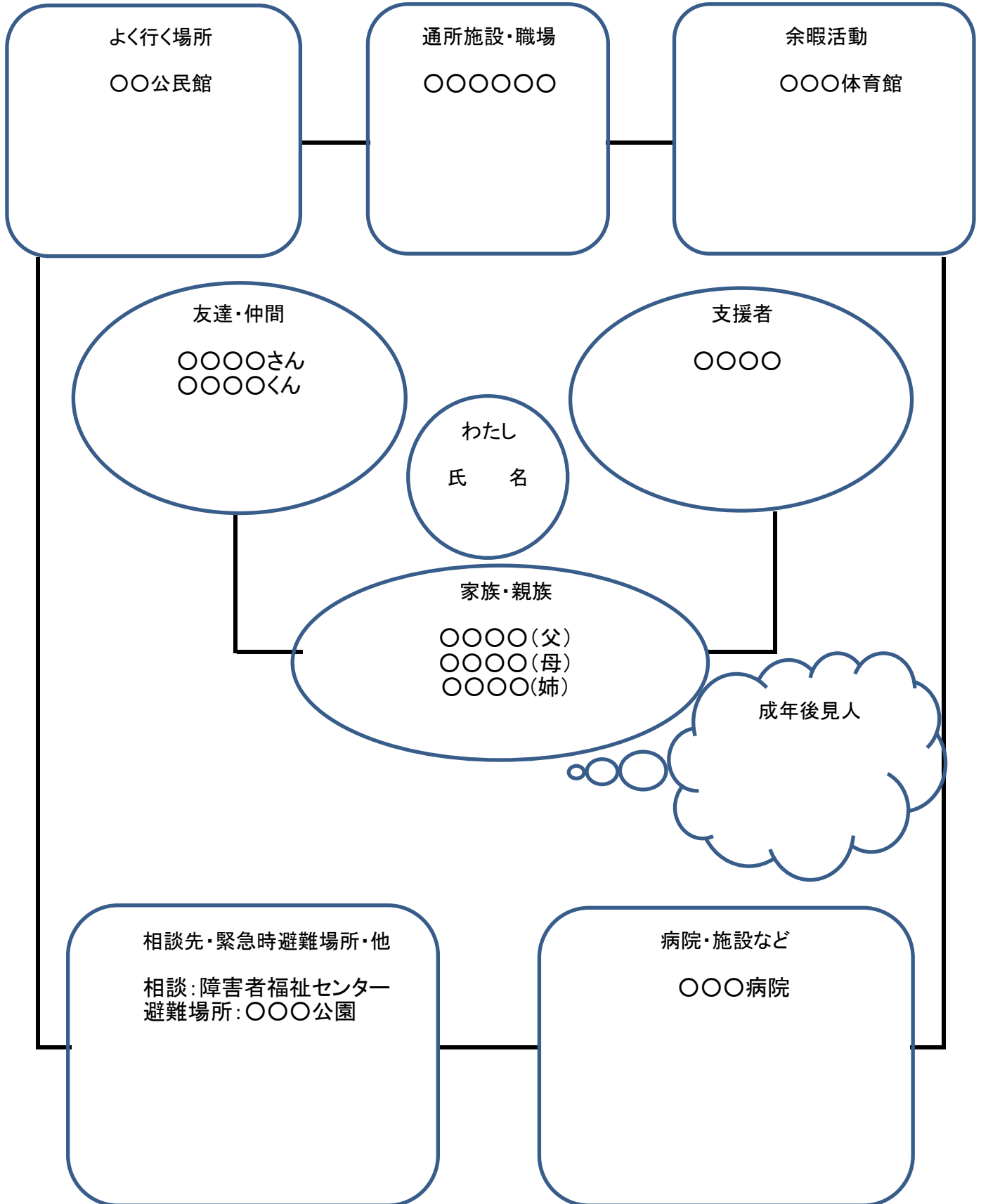
## 職業訓練の記録

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

訓練先名称	○○専門学校○○校○○科		(代表者) ○○○○	
住所	東京都○○区○○町○-○-○			
連絡先	TEL (○○)○○○○-○○○○		FAX (○○)○○○○-○○○○	
指導者	○○○○	○○○○		
居住場所	持家(両親等所有) 本人所有 ) 借家(アパート・公営住宅等) 寄宿舍・寮 グループホーム 福祉施設( ) その他( )			
移動手段	徒歩 自転車 バイク 自家用車 タクシー バス 電車 送迎( ) その他( ) 移動所要時間 ( ○ 時間 ○○分)			
本人の 就労への願い	地元の電気機器メーカー○○○○に就職したい。			
保護者の 就労への願い	本人の希望を尊重したい。			
主な訓練内容	主な訓練内容について、お書きください。			
指導目標・課題	主な指導目標や課題について、お書きください。			
支援・配慮事項	主な支援や配慮する事項について、お書きください。			
相談・支援機関	機関名	障害者就労支援センター	担当者	○○○○
	機関名	障害者福祉センター	担当者	○○○○
	機関名		担当者	

わたしの生活地図～成人期

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日



## 福祉情報

※主に次の手帳をお持ちの方に記入していただくシートです。

手帳の種類	等級等	取得日	次回判定年月
身体障害者手帳 (なし・あり)	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他( )		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他( )		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他( )		
愛の手帳 (なし・あり)	3 度	平成 ○ 年 2月	平成 ○ 年 2月
	度	年 月	年 月
	度	年 月	年 月
精神障害者保健福祉手帳 (なし・あり)	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月

## 福祉サービス受給者証

受給時期	区分等	サービスの種類	支給量等
平成○年 4月	なし・あり 区分( )	短期入所	月7回
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		

## 診断の内容

診断名	診断を受けた時期	診断機関	診断内容
小児てんかん	平成○年 ○月 ○日 ○歳	○○病院	部分発作(欠神てんかん)
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		

## 医療補助

	公費負担者番号	受給者番号
心身障害者(児)医療費受給者証 (なし・あり)	○○○○—○○○○	○○○○○○○○
自立支援医療(育成・更生・精神通院) (なし・あり)		
小児精神障害者入院医療費受給者証 (なし・あり)		

## 受給している手当など

福祉手当	受給の有無	受給期間
特別児童扶養手当	なし <u>あり</u>	平成○年○月 ~ 年 月
障害児福祉手当	<u>なし</u> ・あり	年 月 ~ 年 月
その他( )	なし・あり	年 月 ~ 年 月
その他( )	なし・あり	年 月 ~ 年 月
年金受給		
年金の種類		受給期間
年金 級		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)
年金 級		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)
その他収入		
収入		受給時期
勤労・福祉手当等( )		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)
勤労・福祉手当等( )		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)

## 福祉サービス利用状況

幼児期		
事業所名	利用期間	利用サービス名
○○園 TEL:(○○○)○○○—○○○○	○歳 ~ ○歳 ○年 ○月 ~ ○年 ○月	児童デイサービス
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
学齢期		
事業所名	利用期間	利用サービス名
○○学園 TEL:(○○○)○○○—○○○○	○歳 ~ ○歳 ○年 ○月 ~ ○年 ○月	日中一時支援
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
成人期		
事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	

## 特別な医療や処置

(定期的に、あるいは頻回に受けているもの)

処置や対応の内容(○をしてください)

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

	エピペン		インスリン注射
	点滴の管理	該当する内容に○をします。その他の処置などがあれば、「その他」に記入します。医療機器(酸素、吸引など)を使用している場合は、下記に機器についての情報を記入します。	経管栄養(経鼻・胃ろう)
	中心静脈栄養		吸引処置( 回/日 一時的・継続的)
	透析		モニター測定(酸素飽和度 血圧 心拍)
	ストーマの処置		カテーテル(留置・コンドーム型・その他 )
	酸素療法		褥瘡(床ずれ)
	レスピレーター(人工呼吸器)		「褥瘡(1時間おきに体位変換する、など)」や「体温の管理(39度以上で座薬、37度なら水分補給)」など本人の介助上、注意することがあれば記入します。
	気管切開の処置		
	トウツウ 疼痛の看護(緩和ケア等)		

## 使用している医療・処置の機器

機器名称	所有	業者名・連絡先
電気式痰吸引器	本人・レンタル レンタル業者名( )	〇〇機械 TEL:〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:

## 安全な処置や対応のための留意事項

上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、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載してください。

例:「車が目に入ると突進していく。」  
「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する。」  
「水が大好きなので、水や蛇口が見えると駆け寄る。」  
「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。」など

## 感覚に関する情報

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

項目	所見と特徴	対処方法、配慮すること
まひの有無	なし あり(右上肢、右下肢)	感覚について、特記しておくことがあれば記入してください。
視覚	・右目:斜視 視力:○△ ・左目:乱視 視力:□△	眼鏡使用中
聴覚	左耳に難聴あり。補聴器をつけて、○○程度聞こえる。	補聴器(左)
触覚	・右上肢・下肢のまひ	・右上肢・下肢は痛みなどを感じにくい。傷・ケガをしていないか注意する。
臭覚	・○○の臭いが好き	
味覚	・○○味が好き	・○○味のものを口に入れると、吐き出してしまう。
補装具・日常生活用具	補聴器・眼鏡・車椅子・座位保持装置 その他( )	
その他		

## 移動・運動に関する情報

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

姿勢保持	立位するとき 立位では、壁などに手をつけて支える。訓練では、立位台で立位をとっている。(○○の時間、10分間位)	座位するとき 一人ではお座りできないので、座位保持装置を使っている。	床でのすわり 股関節に悪いので、とんび座りはしてはいけない。しかし、本人は楽なので、してしまいがち。
	その他 あお向けの時は、クッションを○○にあてる。○方向に力が入り、ずれていきやすい。気をつけて見ていき、元に戻してあげる。		
姿勢変換	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">姿勢や体の動き、介助する時の注意点などについて記入します。</div> 自分で寝返りをする事ができない。○分おきに横向きやあお向けなど、体を動かしてあげる。		
上肢の動き	右手にまひがあり、右手は使わない。本人は無意識だが、○○を伸ばすような動きをする。伸ばした後は、そのままになってしまうので、力が抜けた後は元に戻してあげる。		
下肢の動き	力が入ると足を交差してしまう。その時は、股関節からゆっくりと曲げて、力を抜かせてから、股関節、膝を伸ばす。		
移動	室内	一人だけでは歩けない。短下肢装具をつけて、介助者が両手を引きながら歩く。行きたいところには自分で行く。	
	室外	歩行器、車いす、抱っこ	
使用している補助的機器	立位台、歩行器、短下肢装具		
その他			

## 食事介助について

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

摂食介助	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 部分介助 ・ 全面介助	
食事療法	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (内容: カロリーコントロール)	
とろみ	不要 ・ <input checked="" type="radio"/> 適度の水分必要 (状態: ポタージュ状 ) ・ 必要	
<sup>エンゲ</sup> 嚥下障害	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (状態: むせ込みあり )	
そしゃく	問題なし ・ <input checked="" type="radio"/> 不十分 (状態: 飲み込みに問題あり)	
補食(口唇の摂取)	<input checked="" type="radio"/> 問題なし ・ 不十分 (状態: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">該当項目に○をし、内容、状態についてはご記入ください。</span> )	
食事に要する時間	約 30 分	
食事による疲労	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (程度: 食事後半に介助必要)	
摂食時の姿勢	<input checked="" type="radio"/> いす ・ 車いす ・ 抱きかかえ ・ その他 (	
好きな食べ物	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり ( 肉類・バナナ・りんご等果物 )	
嫌いな食べ物	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ( )	
摂食時の配慮事項	痰のからみ	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり (状態: )
	咳込み	なし <input checked="" type="radio"/> あり (状態: とろみをつけて対応 )
	舌の突き出し	なし <input checked="" type="radio"/> あり (状態: 食事前のアイシングが必要 )
	発作	なし <input checked="" type="radio"/> あり (状態: てんかんによる意識消失あり )
	眠気	なし <input checked="" type="radio"/> あり (状態: 声かけ必要 )
	その他	



アレルギー疾患用

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

食物アレルギー（なし・あり）	アナフィラキシー（なし・あり）	1. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）		
		①即時型	いわゆる典型的なアレルギー	備考 例：小麦・大麦は接触でもアレルギー症状を起こす。エピペン携帯中。
		②口腔アレルギー症候群	果物や野菜に対するアレルギーに多い病型で、口唇・口腔内の違和感が出現する。	備考 例：生トマトを食べると口腔内の違和感を訴える。
		③食物依存性運動誘発アナフィラキシー		備考 原因となる食物を摂取して2時間以内に激しく運動することで、アナフィラキシー症状を起こす。
		2. 禁忌食物		
		例：小麦、大麦、卵、いくら、ナッツ類、そば、バナナ、生トマト		
		3. その他の配慮、対応について	小麦粘土、調理体験、豆まきなど危険が想定される場面をお書きください。	
		例：小麦粘土の使用不可。調理体験は保護者と応相談。		
アトピー性皮膚炎（なし・あり）		1. 食物アレルギーの合併（なし・あり）		
		2. プール指導、長時間の紫外線下での活動等の配慮		プールに含まれる塩素や紫外線による刺激で、アトピー性皮膚炎が悪化する場合、これらの活動を控えるべき場合にお書きください。
		3. その他の配慮について		動物との接触や発汗後など、配慮が必要な場合にお書きください。
		例：犬との接触、特になめられるとじんま疹が出る。		
気管支ぜん息（なし・あり）		1. 運動（体育・部活動等）		
		例：制限なし。		運動制限があればお書きください。
		2. その他の配慮について		急性発作時の対応等、必要な場合はお書きください。



## サポートシート

記入日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名	〇〇〇〇	年齢	〇〇歳	緊急連絡先	電話番号(〇〇〇)〇〇〇—〇〇〇〇
----	------	----	-----	-------	-------------------

行事（例：遠足、プール等）の時、具体的な行事名等をお書きください。

## かかわり方と留意点

本人とのかかわり方と留意点について、具体的にお書きください。

## 性格・特徴など

本人の性格や特徴について、お書きください。

## 社会性・コミュニケーションについて

本人の社会性やコミュニケーションについて、お書きください。

## 好きなこと・得意なこと

本人が好きなこと、得意なことについて、お書きください。

## 嫌いなこと・苦手なこと

本人が嫌いなこと、苦手なことについて、お書きください。

## その他

その他、伝えておきたい事についてお書きください。

さくらシート記入例

平成25年4月 初版発行

☆ このシートについてわからないことがございましたら、下記までお問い合わせください。

〒184-8504 小金井市本町6-6-3

小金井市福祉保健部自立生活支援課相談支援係

電 話 042(387)9841

F A X 042(384)2524

E-mail [s050299@koganei-shi.jp](mailto:s050299@koganei-shi.jp)