



成長ダイアリー



上伊那圏域地域自立支援協議会 療育部会

目次

1 皆様へ
2 利用できる期間
3 管理できる機関
4 フェイスシート
5 支援の履歴
6 発達の記録
7 健診の記録
8 児童発達支援事業所
9 保育園・幼稚園（未満）
10 保育園・幼稚園
11 小学校（1～3年）
12 小学校（4～6年）
13 中学校（1～3年）
14 高等学校（1～3年）
15 19歳以降
16 成人以降
17 医療的ケア等の状況①②
18 生活の様子
19 一日の流れ
20 連絡票
21 連絡欄

《ファイルを利用する皆様へ》

- このファイルは本人や家族のもので、利用に際して、願いや迷いが生じた場合は、本人や家族の意思が尊重されます。
- 管理は本人や家族でお願い致します。もし、ファイルの保管が心配な場合は支援者の方と相談してください。
- 閲覧、コピー、記入等の目的で支援機関にファイルを渡す場合は、お互いの了解の上で行ってください。
- ファイルの中には、本人や家族だけでは書くのが難しい内容もたくさんあります。必要に応じて支援者の方に記入してもらってください。
- 基本のシート以外に、医療（病院など）、福祉（事業所など）、教育（保育園、幼稚園、学校など）での支援の記録等を自由に綴じ込んでください。

《支援者の皆様へ》

- ファイルの利用は、本人や家族の意思に任されています。ただ、支援者の方が本人や家族にとってファイルの利用が必要だと感じられた場合、ファイルの利用を勧めることもできます。
- ファイルの所有と管理は原則本人や家族となります。ファイルを見たり、コピー等をしたり、記入したりする場合には本人や家族の許可が必要です。
ただ、一度許可を受けられれば、その都度許可を求める必要はありません。（表1参照）
- 本人や家族での管理が難しい場合は、許可を受けた上で支援者の方が管理していただいても結構です。（表2参照）
- ファイルの内容について、本人や家族による記入が難しい場合は、支援者の方による記入のお手伝いをお願い致します。

この「成長ダイアリー」は利用する方々が生涯に渡って幸せな生活を送っていくために大切なファイルです。
支援に関わっていただく皆様のご協力をお願い致します。

支援の履歴

氏名(ふりがな)	（ ）		性別	男・女
	保健・福祉機関 名称・担当者 例：A市役所 B保健師	医療機関 診断・服薬・リハビリ・入院等（年月日） H27.6 発達の相談		
年代	名称・主治医 C小児科 D先生	名称・保健機関/就労機関 名称・在籍級/在籍期間・担任/担当 H27.4 E療育センター F先生	福祉サービス 名称・担当者 A市遊びの広場	特記事項(手当・手帳・検査等) 名称・等級（年月日） H27.5 K式(Eセンター)
入園前				
保育・幼稚園等				
小学校				
中学校				
高等学校等				
19歳以降				

注)「長野県版発達障害者支援のための情報共有ファイル」より一部参照しました。

氏名：

乳児健診・相談の記録票

3か月健診までの様子	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：
【 】健診（ 年 月 日）	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：
【 】健診（ 年 月 日）	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：
【 】健診（ 年 月 日）	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：

幼児健診・相談の記録票

【 】健診（ 年 月 日）	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：
【 】健診（ 年 月 日）	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：
【 】健診（ 年 月 日）	【 】相談（ 年 月 日）
記入者：	記入者：

氏名：

保育園・幼稚園（未満児）

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

0 歳	本人・保護者の思い	
	<input type="text"/>	
	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

1 歳	本人・保護者の思い	
	<input type="text"/>	
	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

2 歳	本人・保護者の思い	
	<input type="text"/>	
	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	身辺自立	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 片付け <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）
	行動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 過敏さ <input type="checkbox"/> 危険回避 <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）
	対人関係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

氏名：

保育園・幼稚園

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

年少	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	身辺自立	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 片付け <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
行動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 過敏さ <input type="checkbox"/> 危険回避 <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	_____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

年中	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	身辺自立	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 片付け <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
行動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 過敏さ <input type="checkbox"/> 危険回避 <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	_____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

年長	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	身辺自立	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 片付け <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
行動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 過敏さ <input type="checkbox"/> 危険回避 <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	_____
	対人関係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

氏名：

小学校・小学部1～3年

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

1 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

2 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

3 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

氏名：

小学校・小学部4～6年

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

4 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

5 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

6 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援（記入項目にチェック）
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ（指示） <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

氏名：

中学校・中学部 1～3年

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

1 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援 (記入項目にチェック)
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ (指示) <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

2 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援 (記入項目にチェック)
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ (指示) <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

記入者所属： _____

氏名： _____

記入日： _____

年

月

日

3 年	本人・保護者の思い	

	これまでの支援内容を含めた様子	今後必要と思われる支援 (記入項目にチェック)
	学 習	<input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算 <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
生 活 ・ 行 動	<input type="checkbox"/> 声かけ (指示) <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感情の制御 <input type="checkbox"/> 当番活動 <input type="checkbox"/> 忘れ物 <input type="checkbox"/> 教室の移動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
対 人 関 係	<input type="checkbox"/> 人への関心 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちの理解 <input type="checkbox"/> 言葉でのやりとり <input type="checkbox"/> 気持ちの表出 <input type="checkbox"/> グループ活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

氏名：

高等学校・高等部1～3年

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

本人・保護者の思い		
これまでの取り組みを含めた様子		卒業準備チェックリスト（できるものに○、だいたいできるものに☑）
1 年	学習	<input type="checkbox"/> 定期的に通院して、服薬が守れる。 <input type="checkbox"/> 自分の病気や症状についてよく知っている。 <input type="checkbox"/> 病気に関することを医師に相談することができる。 <input type="checkbox"/> 自分の調子が悪くなったとき適切に対処できる。 <input type="checkbox"/> 疲れたときは適切に休むことができる。
	生活・行動	<input type="checkbox"/> だいたい決まった時間に起きて、決まった時間に寝ている。 <input type="checkbox"/> 1日3食、だいたい決まった時間に食事をしている。 <input type="checkbox"/> 日中は起きて活動している。（ゴロゴロしすぎない。） <input type="checkbox"/> 身だしなみに気を使うことができる。（歯磨き、頭髪、服装等）
	対人関係	<input type="checkbox"/> 金銭管理ができる。 <input type="checkbox"/> 初めての場所でも人に聞いたり、地図を見たりして一人で行ける。 <input type="checkbox"/> 余暇を楽しむことができる。（気晴らしができる。） <input type="checkbox"/> あいさつ、返事ができる。 <input type="checkbox"/> 敬語などの話し方が適切に使える。 <input type="checkbox"/> 自分の要求をきちんと伝えられる。 <input type="checkbox"/> ありがとう・すみません・失礼します等、ちょっとした一言が言える。 <input type="checkbox"/> 言葉づかいや態度、マナーができています。

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

本人・保護者の思い		
これまでの取り組みを含めた様子		卒業準備チェックリスト（できるものに○、だいたいできるものに☑）
2 年	学習	<input type="checkbox"/> 定期的に通院して、服薬が守れる。 <input type="checkbox"/> 自分の病気や症状についてよく知っている。 <input type="checkbox"/> 病気に関することを医師に相談することができる。 <input type="checkbox"/> 自分の調子が悪くなったとき適切に対処できる。 <input type="checkbox"/> 疲れたときは適切に休むことができる。
	生活・行動	<input type="checkbox"/> だいたい決まった時間に起きて、決まった時間に寝ている。 <input type="checkbox"/> 1日3食、だいたい決まった時間に食事をしている。 <input type="checkbox"/> 日中は起きて活動している。（ゴロゴロしすぎない。） <input type="checkbox"/> 身だしなみに気を使うことができる。（歯磨き、頭髪、服装等） <input type="checkbox"/> 決まりごとを守ることができる。 <input type="checkbox"/> 金銭管理ができる。
	対人関係	<input type="checkbox"/> 初めての場所でも人に聞いたり、地図を見たりして一人で行ける。 <input type="checkbox"/> 余暇を楽しむことができる。（気晴らしができる。） <input type="checkbox"/> あいさつ、返事ができる。 <input type="checkbox"/> 敬語などの話し方が適切に使える。 <input type="checkbox"/> 自分の要求をきちんと伝えられる。 <input type="checkbox"/> ありがとう・すみません・失礼します等、ちょっとした一言が言える。 <input type="checkbox"/> 言葉づかいや態度、マナーができています。

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

本人・保護者の思い		
これまでの取り組みを含めた様子		卒業準備チェックリスト（できるものに○、だいたいできるものに☑）
3 年	学習	<input type="checkbox"/> 定期的に通院して、服薬が守れる。 <input type="checkbox"/> 自分の病気や症状についてよく知っている。 <input type="checkbox"/> 病気に関することを医師に相談することができる。 <input type="checkbox"/> 自分の調子が悪くなったとき適切に対処できる。 <input type="checkbox"/> 疲れたときは適切に休むことができる。
	生活・行動	<input type="checkbox"/> だいたい決まった時間に起きて、決まった時間に寝ている。 <input type="checkbox"/> 1日3食、だいたい決まった時間に食事をしている。 <input type="checkbox"/> 日中は起きて活動している。（ゴロゴロしすぎない。） <input type="checkbox"/> 身だしなみに気を使うことができる。（歯磨き、頭髪、服装等） <input type="checkbox"/> 決まりごとを守ることができる。 <input type="checkbox"/> 金銭管理ができる。
	対人関係	<input type="checkbox"/> 初めての場所でも人に聞いたり、地図を見たりして一人で行ける。 <input type="checkbox"/> 余暇を楽しむことができる。（気晴らしができる。） <input type="checkbox"/> あいさつ、返事ができる。 <input type="checkbox"/> 敬語などの話し方が適切に使える。 <input type="checkbox"/> 自分の要求をきちんと伝えられる。 <input type="checkbox"/> ありがとう・すみません・失礼します等、ちょっとした一言が言える。 <input type="checkbox"/> 言葉づかいや態度、マナーができています。

氏名：

19歳以降

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

19 歳	
---------	--

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

20 歳	
---------	--

記入者所属：

氏名：

記入日：

年

月

日

21 歳	
---------	--

氏名：

19歳以降

記入者所属： _____ 氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

歳	
---	--

記入者所属： _____ 氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

歳	
---	--

記入者所属： _____ 氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

歳	
---	--

医療的ケア等の状況（ 年 月 歳現在）		
身長	cm	体重 kg
体温	℃	
依存症 既往症・感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	アレルギー 症状 対応	
てんかん発作 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	予兆 発作時の対応 <input type="checkbox"/> 座薬挿入 <input type="checkbox"/> その他	
内服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬剤名 ・ ・ <input type="checkbox"/> 処方病院 <input type="checkbox"/> お薬手帳等参照	服薬方法・時間	
臨時薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬剤名 ・ <input type="checkbox"/> 処方病院	服薬方法・時間	
吸引 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 口腔内 Fr <input type="checkbox"/> 鼻腔内 Fr <input type="checkbox"/> 気管内カニューレ Fr <input type="checkbox"/> 吸引時のチューブ挿入の長さ <input type="checkbox"/> 吸引処置の頻度 <input type="checkbox"/> その他	呼吸障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 日常の酸素飽和度	
排泄 <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便	排尿回数 回/日 方法 排便回数 回/日 方法	
気管切開 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人口鼻の着脱 <input type="checkbox"/> ガーゼの交換 <input type="checkbox"/> カニューレの種類 <input type="checkbox"/> カニューレの固定方法 <input type="checkbox"/> カニューレ交換時期 <input type="checkbox"/> 喉頭分離	年 月施行 <input type="checkbox"/> 単管 <input type="checkbox"/> 複管 頻度 カフ付き・カフ無し カフエアール ml Fr	
酸素吸入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時同条件での吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化により吸入 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 酸素鼻孔カニューレ <input type="checkbox"/> その他	使用開始時期 年 月 O2 1/min・SpO2 %目安 実施の目安	

注) 「在宅重症心身障害児者サポートブック」より参照

薬剤吸入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時吸入 <input type="checkbox"/> 適時吸入 <input type="checkbox"/> 噴霧吸入	薬剤名 時間 量 実施の時間
人工呼吸器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 機種 条件モード 酸素 呼吸回数 一回換気量	使用開始時期 年 月 % 1 回/分 ml/回
経管栄養 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 栄養剤	注入方法 注入時間 注入量 cc サイズ cm 種類 サイズ Fr サイズ Fr cm固定
発熱時の対応 °C以上 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	
便秘時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安 <input type="checkbox"/> ガス抜き	
緊張時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	

注) 「在宅重症心身障害児者サポートブック」より参照

生活の様子

食事		
	経口	
	経管	
水分		
入浴		
歯磨き・洗顔等		
外出		
家事		
金銭管理		
睡眠		
福祉用具・自助具		
コミュニケーション	周囲⇒本人	
	本人⇒周囲	
興味関心、遊び、 こだわり		
環境の問題・音や温度、 感覚の過敏さ		

注) 「在宅重症心身障害児者サポートブック」より参照

一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄、姿勢）

1:00			
2:00			
3:00			
4:00			
5:00			
6:00			
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
0:00			

注) 「在宅重症心身障害児者サポートブック」より参照

連絡票

情報発信機関	
担当者（職種）	
連絡先	
連絡内容	

情報発信機関	
担当者（職種）	
連絡先	
連絡内容	

情報発信機関	
担当者（職種）	
連絡先	
連絡内容	

情報発信機関	
担当者（職種）	
連絡先	
連絡内容	

