

# 子どもサポートファイル

## (携帯版)



藤 沢 市

# プロフィール

記入日：

記入者：

ふりがな 氏 名	(愛称 )			
生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
住 所	藤沢市			
	藤沢市			
電話番号				
携帯番号				
家族構成	氏 名	続 柄	生年月日	所属等
緊急連絡先	氏 名	続 柄	電話番号	携帯番号

医療機関	医療機関名		
	診 断 名	(受診日 年 月 日)	
	主治医の名前		
	服用している薬		
その他の医療機関	医療機関名	通 院 内 容	
重心認定	ある ・ ない	特定疾患	ある ( ) ・ ない
		慢性疾患	ある ( ) ・ ない
区 分	園名・学校名等	通っていた期間	備 考
保育園 幼稚園等		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
小学校		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
中学校		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	

※変更があった場合は二重線で訂正してください。

# 発育の記録

## 1. 出産の状態

☆母子手帳の【出産の状態】などを参考に記載してください

妊娠中の母親の状態 (胎児の発育など)			
妊娠期間		出産した医療機関	
出産時の身長	cm	出産時の体重	g
出産時の様子			

～MEMO～

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. お子さんの成長の記録

☆母子手帳の【保護者の記録】などを参考に記載してください

運動面の発達の様子		精神面の発達の様子	
首がすわる	歳 月頃	あやすと笑う	歳 月頃
寝返りをする	歳 月頃	人見知りをする	歳 月頃
お座りをする	歳 月頃	身振りのまねをする	歳 月頃
ハイハイをする	歳 月頃	指さしをする	歳 月頃
ひとりで歩く	歳 月頃	意味のある言葉	歳 月頃
ひとりで走る	歳 月頃	二語文を話す	歳 月頃
その場でジャンプ	歳 月頃	迷子	あり ・ なし
階段を登る	歳 月頃	感覚過敏	あり ・ なし

◎その他、気づいたことやエピソード等をお書きください◎

.....

.....

.....

.....



## 予防接種とかかった病気の記録

◆小学校・中学校で提出する「保健調査票」と同じ質問項目になっていますので、まとめて記入しておくとう便利です。

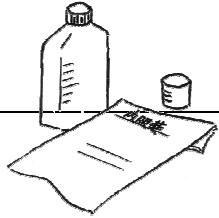
本人が今までにかかった病気について当てはまるものに○印、又は記入してください。

病 名	既往の有無	予防接種をした年	
		1 回 目	2 回 目
麻疹（はしか）	かかった（ 歳）・かかっていない	年 月	年 月
風しん	かかった（ 歳）・かかっていない	年 月	年 月
おたふくかぜ	かかった（ 歳）・かかっていない	年 月	（任意接種）
水痘（水ぼうそう）	かかった（ 歳）・かかっていない	年 月	（任意接種）

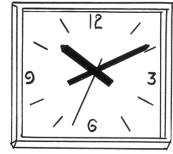
病 名	時 期	経 過	
心臓病	歳から 歳まで	<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 経過観察を受けていない 医療機関（                      ）	経過観察中の方 経過観察      年ごと 次回受診（                      ）
	診断名		
川崎病	歳から 歳まで	<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 経過観察を受けていない 医療機関（                      ）	経過観察中の方 経過観察      年ごと 次回受診（                      ）
腎臓病	歳から 歳まで	<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 経過観察を受けていない 医療機関（                      ）	経過観察中の方 経過観察      年ごと 次回受診（                      ）
	診断名		
病 名	かかった時期		
	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

てんかん	
けいれん ひきつけ	おこしたことが： ある（診断名 ） ・ ない その時発熱は： あった ・ ない 薬の服用は： 歳から 歳まで
重い頭部の外傷	原因（交通事故・転落・その他 ）
先天性股関節脱臼	歳
骨 折	歳（部位： ）
その他	

◆ アレルギー疾患について ◆

ぜんそく	受診した医療機関 歳から 歳まで （最終発作 歳）
	現在の様子や治療状況
食物アレルギー （食べてはいけない食品）	食品名 アナフィラキシー症状 なし ・ あり（症状 ） アナフィラキシーショック なし ・ あり
特定物質アレルギー （化学物質）	物質名
使用できない薬	
その他アレルギー疾患 （症状も記入してください）	アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

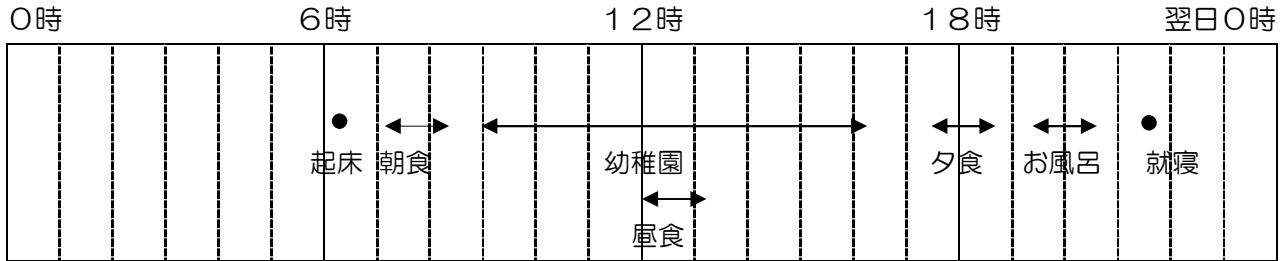
# 生活リズムの記録表



◆お子さんの1日の生活リズムについて記入しましょう。  
 (生活のリズムが変わったときに記入してください)

(例)

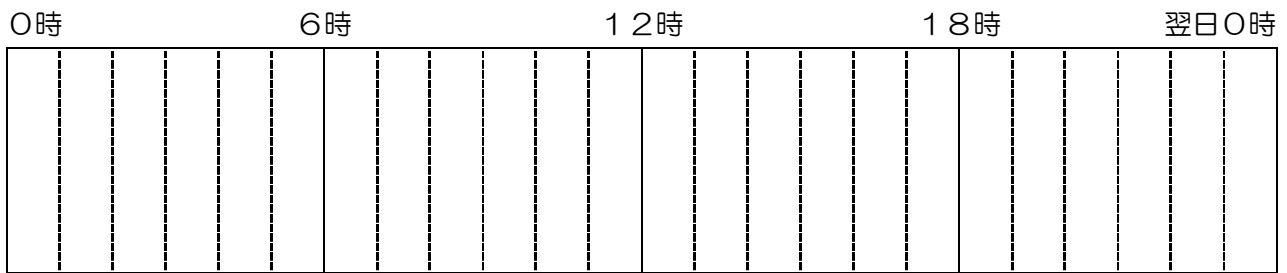
記入日：2015年 4月10日 ( 4 歳)



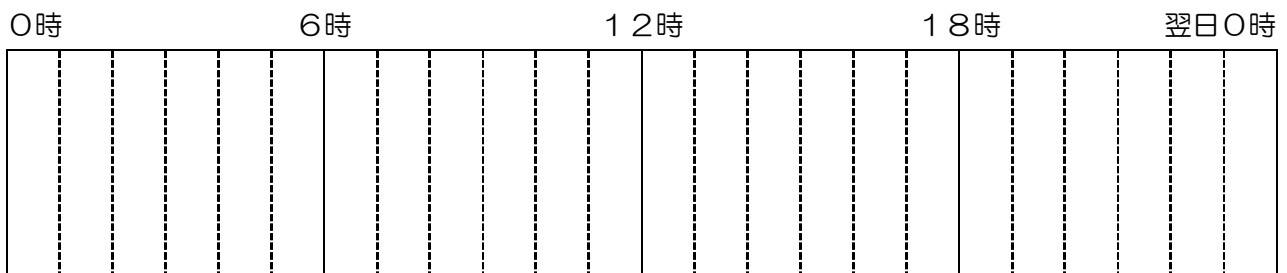
記入日： 年 月 日 ( 歳)



記入日： 年 月 日 ( 歳)



記入日： 年 月 日 ( 歳)







## 手帳等について

◆ 手帳等の取得状況 ◆

☆手帳区分及び取得・更新の該当するものにチェックをしてください。

☆身体障がいの種類及び手帳の等級は、該当するものに○印をつけてください。

☆等級等の変更があったときは記入またはコピーを添付してください。

1	<b>手帳区分</b>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<b>等級</b>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<b>番号</b>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新
2	<b>手帳区分</b>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<b>等級</b>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<b>番号</b>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新
3	<b>手帳区分</b>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<b>等級</b>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<b>番号</b>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新
4	<b>手帳区分</b>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<b>等級</b>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<b>番号</b>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新

5	<u>手帳区分</u>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<u>等級</u>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<u>番号</u>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新
6	<u>手帳区分</u>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<u>等級</u>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<u>番号</u>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新
7	<u>手帳区分</u>	<input type="checkbox"/> 身体障がい（視覚・聴覚・言語・肢体・内部） <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 療育		
	<u>等級</u>	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	<u>番号</u>	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 更新
<p>～自由にご記入ください～</p>				













# 知っておいて欲しいこと

日付（年齢）	本人のこと	家族のこと	経過等
(例) △歳	偏食が激しい		声かけと介助が必要



# 災害時の備え

## 災害用伝言ダイヤル

### ○災害用伝言ダイヤル（171）とは？

NTTの災害用伝言ダイヤルとは、地震などの災害の発生により、被災地への通信が増加し、電話がつながりにくい状況になった場合に稼働される声の伝言板です。

いざというときのために、日頃から連絡先などをまとめておきましょう。

### ○利用方法

1. はじめに「171」をダイヤルする。

2.

#### （1）伝言を「録音」する場合

「1」をダイヤルしたあとに、自宅又は連絡を取りたい被災地の方の電話番号を市外局番からダイヤルすると伝言を録音できます。

☆伝言を録音する電話番号

171-1-                      -                      -

#### （2）伝言を「再生」する場合

「2」をダイヤルしたあとに、自宅又は連絡を取りたい被災地の方の電話番号を市外局番からダイヤルすると伝言を再生できます。

☆伝言を再生する電話番号

171-2-                      -                      -

※災害発生直後（30分～1時間程度）は利用できない場合があります。

# 受診のためのサポートシート

このサポートシートに保護者の方がご記入の上、  
担当の医師・看護師等に渡してください。

名前 \_\_\_\_\_ 呼び名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 \_\_\_\_\_  
障がい名 \_\_\_\_\_ 障がい者手帳 \_\_\_\_\_

次の囲みに右記の記入例を参考にご記入ください。

いやなことは	●突然体をさわられること●大きな声● 「だめ」と言われるとパニックになる
好きなことは	●電車が大好き●アイスが大好物●ふわ ふわしたものがお気に入り
本人が理解できる伝え方は	●実物を見せるとわかる●写真や絵を見 せるとわかる●文字で書くとわかる●や って見せると理解する●短いことば（単 語）ならわかる
見通しの持たせ方は	●絵や写真で理解●事前に場所や器具を 見ておくと安心する●家で練習しておく と理解しやすい●10数えることで終わ りがわかる●タイマーで理解する
本人からの表現方法は	●ことばは話せないが、写真を指さして 伝える●わかっていなくても「はい」と 返事をする●自分の意見を表現できる
待ち時間は	●ほとんど待てない●絵を描きながらな ら待てる●個室など静かなところでない といられない
飲める薬は	●粉薬は飲めるが、錠剤は飲めない●味 のない粉薬や水薬なら飲み物に混ぜて飲 ませられる
パニックになってしまったら	●しばらくそっとして待つ●声をかけら れると余計に混乱する
その他・気をつけなければならないこと	●多動でじっとしてられない●以前に 嫌なことがあったので診察台に座るのを 拒否する●急かされると混乱する●ゆっ くり時間をかけるとできる

\*このシートの利用にあたっては「発達障害のある人の医療受診支援のための研究班事務局」の許可  
を得ていますので、必要に応じてお使いください。

～このファイルを拾った方へ～

このファイルには、わたしの大切な情報が  
書いてあります。

お手数ですが、1 ページ目の緊急連絡先へ  
連絡くださるか、警察へお届けくださるよ  
うお願いします。