



プロフィール

作成日：平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者：（ 川西 花子 ）
 更新日：平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者：（ 同上 ）

1. 本人の氏名、住所

フリガナ	カワニシ キンタ	性別	家族での呼び名	きんたくん
氏名	川西 きんた	男	生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
住所	〒 666 - 000 川西市○○町△△番地			
電話番号	自宅 000 - 0000	携帯	- -	

2. 家族の情報

EXCELデータで入力する場合は、プロフィールシートの色掛けしている部分に入力すると、他のシートの同内容の部分に反映されるようになっていきます。

	氏名					
家族構成	川西 一郎	父	SO年O月O日	川西 三郎	祖父	SO年O月O日
	川西 花子	母	SO年O月O日			年 月 日
	川西 二郎	兄	HO年O月O日			年 月 日
	川西 桜	妹	HO年O月O日			年 月 日

3. 緊急連絡先

緊急連絡先①	氏名	川西 花子	続柄	父 (母) 祖父 祖母 その他 ()
	住所	〒 同上		
	電話番号	自宅 000 - □□□ - △△△△ 携帯 000 - △△△△ - 0000		
緊急連絡先②	氏名	川西 一郎	続柄	(父) 母 祖父 祖母 その他 ()
	住所	〒 同上		
	電話番号	自宅 - - 携帯 000 - △△△△ - 0000		

4. 診断の内容

診断名	診断を受けた時期	診断機関	備考
自閉症	H0年O月O日 3歳	OO病院	△△医師
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		

5. 手帳

手帳の種類	手帳番号	等級等	交付日	特記事項
療育手帳	OO△△	A	H0年O月O日	
			年 月 日	
			年 月 日	

本人に接する際に注意すべきことなどを書きましょう。

6. 特筆すべきこと

- 一旦こうと決めたらなかなかルールは変えません。
- 説明する時には、流れを絵や写真、または実演で見せながら説明してもらうと不安が和らぎます。
- 大声で本人の行動を止めようとすると、かえって泣いたり暴れたりするので、低めの落ち着いた声で言い聞かせるようにしてください。



所属歴

氏名	川西 きんた
----	--------

1. 通園施設、幼稚園、保育所等

在籍期間	在籍時の年齢	園・施設の名称、所在地等
H〇年〇月 ～ H〇年〇月	〇歳～〇歳	施設名 〇〇園（児童発達支援） 所在地 川西市〇〇町〇〇 TEL 〇〇〇-△△△-〇〇〇〇 担任 〇〇先生
H〇年〇月 ～ H〇年〇月	〇歳～〇歳	施設名 〇〇保育所 所在地 川西市〇〇町〇〇 TEL 〇〇〇-△△△-〇〇〇〇 担任 〇△先生
H〇年〇月 ～ H〇年〇月	〇歳～〇歳	施設名 〇〇幼稚園 所在地 川西市〇〇町〇〇 TEL 〇〇〇-△△△-〇〇〇〇 担任 △△先生
年 月 ～ 年 月		施設名 所在地 TEL

今までの所属歴を書きましょう。

2. 在籍校

		担任
小学校	学校名 川西市立〇〇小学校	1年 〇〇先生
		2年 〇△先生
	所在地 川西市〇〇町〇〇	3年 〇〇先生
		4年 △〇先生
	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	5年 〇〇先生
		6年 △△先生
中学校	学校名 川西市立〇〇中学校	1年 〇〇先生
	所在地 川西市〇〇町〇〇	2年 〇〇先生（通級利用〇〇先生）
	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	3年 〇〇先生（支援学級〇〇先生）
高等学校	学校名 兵庫県立〇〇特別支援学校	1年 〇〇先生
	所在地 〇〇市〇〇町〇〇	2年 △〇先生
	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	3年 〇〇先生
大学・専門学校等	学校名 県立〇×専門学校	1年 〇△先生
	所在地 〇〇市〇〇	2年 〇〇先生
		3年
	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	4年

3. 成人期

勤務先等	企業・事業所名 〇〇スーパー 所在地 〇〇市〇〇町〇〇 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
勤務先等	企業・事業所名 所在地 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇



出産時と発育の記録

氏名

川西 きんた

1. 妊娠期の様子

●妊娠中に異常はありましたか

(例: 妊娠高血圧症候群、妊娠中に糖尿病と言われた、体重の増えすぎを指摘された等具体的に記入)

●妊娠中の喫煙 … なし ・ あり ●妊娠中の飲酒 … なし ・ あり

2. 出産の様子

●出産時に異常はありましたか

(例: 陣痛が弱かったので薬を使った)

●在胎期間…… (○△ 週)

●出生身長…… ○△ センチ

●出生体重…… ○○△△ グラム

3. 乳幼児期の様子

●首がすわる…… 0 歳 4 か月

●一人で歩く…… 歳 か月

●初めてことばを言う…… 歳 か月

●気になる行動…… 歳 か月

発達の状況を記録します。
それぞれの項目について、でき始めた頃の年齢(月齢)を記入しましょう。

抱くのを嫌がる・視線が合わない・人見知りがない・指さしがない・偏食がある・
こだわりが強い・よく迷子になる・落ち着きがない・音に敏感である)

4. 健診受診状況

●1か月児健診… 受けた (受診機関 ○○病院) ・受けていない
結果……異常なし 其他 (股関節が固いと言われた。股関節脱臼の治療へ。)

●3・4か月児健診… 受けた (受診機関 ○○保健センター) ・受けていない
結果……異常なし 其他 ()

該当するものに○を記入。特記することがあれば、内容を書きましょう。

●9・10か月児健診… 受けた (受診機関 ○○保健センター) ・受けていない
結果……異常なし 其他 ()

●1歳6か月児健診… 受けた (受診機関 ○○保健センター))
結果……異常なし 其他 (ことば 発達相談○/○

保健センターなどの相談機関や医療機関での相談したことがあれば内容を書きましょう。

●3歳児健診… 受けた (受診機関 ○○保健センター)
結果……異常なし 其他 (かんしゃくの育児相談する)

5. 健診以外の相談状況

● 1歳8か月 相談先: ○○保健センター 内容: 発達相談

● 2歳4か月 相談先: ○○保健センター 内容: 栄養相談・発達相談

● 2歳7か月 相談先: ☆★クリニック 内容: 発達相談

● 歳 相談先: 内容:

6. 既往歴

●入院するような病気・外傷がありましたか

喘息で1週間入院（1歳2か月）

今までの病気やケガなどを書きましょう。

●今までにかかった病気もしくは障がいについて医師の診断を受けたこと

……なし・あり

病院などで診断を受けた日や医療機関・医師名などを書きましょう。

⇒ありの場合 診断名

自閉症（平成〇年〇月〇日 2歳7か月 ☆★クリニックにて診断 □□医師 ）

その他、妊娠・出産の様子・発育の様子など特記事項

赤ちゃんの頃はあまり泣かず、やりやすかった。

1歳ごろからかんしゃくがはげしくなり、対応が大変になった。

1歳過ぎててもことばが出てこなかった。

1歳6か月健診で、ことばがゆっくりのため、発達の経過をみることになった。

病院でも診てもらったところ、「自閉症」と診断された。

病院で発達の相談をしていくことになる。

妊娠・出産を含めて、今までの様子や気になったことなどを書きましょう。



医療の記録

氏名 川西 きんた

1. 主治医

病院名	☆★クリニック	診療科	小児科	医師名	□□医師
所在地	〒 川西市〇〇				
病院名		診療科		医師名	
所在地	〒				
病院名		診療科		医師名	
所在地	〒				

2. 受診歴・治療履歴

年月日	年齢	医療機関名	入院・通院	受診理由・病名	治療内容
H〇年〇月〇日	1 歳	市民病院	入院	喘息悪化	点滴や吸入で1週間入院
H〇年〇月〇日	2 歳	☆★クリニック	通院	自閉症	発達検査
H〇年〇月〇日	3 歳	市民病院	通院	右腕骨折	ギプス
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				

今までに入院・通院したことを書きましょう。

3. 常用薬

薬名（処方期間）	何の薬（処方目的、副作用等）	服用状況（時間や飲み方など）
〇〇〇〇	喘息治療薬	悪化時に吸入

4. 禁忌薬

薬名	△△△△	どんな薬	抗生剤。以前じんましんが出る。
薬名		どんな薬	
薬名		どんな薬	

5. 受給者証

医療補助	公費負担者番号	受給者番号	特記事項
自立支援医療 (育成・更生・精神通院)			
重度障がい者等 医療受給者証	〇〇〇〇-〇〇〇〇	111111111	



個別の教育支援計画

園・所・施設名 (川西市立〇〇〇園)

作成日：平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 記入者：(〇〇 〇〇)
更新日：平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 記入者：(〇〇 〇〇)
更新日：平成 年 月 日 記入者：()

1. 氏名等

本人	フリガナ	カワニシ キンタ	性別	生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	川西 きんた	男		

2. 在籍園・施設等

在籍期間	在籍時の年齢	園・施設の名称、所在地等
平成〇〇年 4月 }	1歳～	施設名 川西市立〇〇保育所 所在地 川西市〇〇町〇〇-〇〇 TEL 072-700-0000 担任 〇〇先生、〇〇先生
平成〇〇年 3月		
平成〇〇年 4月 }	4歳～	施設名 川西市立〇〇幼稚園 所在地 川西市〇〇町〇〇-〇〇 TEL 072-700-0000 担任 〇〇先生、〇〇先生
平成〇〇年 3月		
年 月 }		施設名 所在地 TEL 担任
年 月 }		施設名 所在地 TEL 担任

3. 生育歴・療育歴等

乳児期	特記事項なし
幼児期	言葉がゆっくりで定期的に〇〇〇で相談を受けている。 児童デイサービス〇〇〇を週1回利用している。

4. 健康医療等

	支援者・支援内容等	保護者の願い
主治医 (連絡先)	〇〇小児科 △△皮膚科	療育で生活・コミュニケーションの力をつけ、集団生活に適應できるようになってほしい。
医療・療育支援	・〇〇病院発達外来 △△先生 ・児童デイサービス〇〇〇 毎週〇曜日	

5. 家庭/地域/余暇/生活等

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
家庭の様子	家庭支援 友達関係・近隣関係 近くに同じクラスの友達(〇〇ちゃん)がおり、休日は一緒に遊ぶこともある。	同じ小学校へ行く友達を増やし、つながりを大切にしてほしい。
就学の様子	就学関係(連絡先) 就学支援 就学指導を受ける予定	校区の特別支援学級を希望している。
余暇の過ごし方	余暇・地域活動(連絡先) ・〇〇スイミングスクール(毎週〇曜日〇時～) 余暇・地域支援	習い事を通じて、集中力・体のバランス力をつけてほしい。

6. 園生活

実 態	支援内容
健康状態 アトピー性皮膚炎あり。定期的に通院し、保湿剤を処方してもらっている。（家庭でのみ使用。）	園での支援は不要。
運動機能等（姿勢保持/手指動作/移動/感覚） 椅子にじっと座っていることが難しい。 手先が不器用。視覚からの刺激が入りやすい。	絵カードを見せ、何をするときかを知らせる。 手先を使う粘土・折り紙・パズルなどを遊びに取り入れる。
コミュニケーション（言語理解/言語表出） 知っている単語は多いが、状況に合わせてやりとりすることは難しい。抽象的な言い方は理解できない。	わかりやすい短い文章で声をかける。
社会性（情緒/対人関係/ルール/集団参加） 自分の気持ちを言葉で伝えることが苦手で、嫌なことがあると友だちに対して手が出ることもある。友だちとは平行遊び。ルールの理解が難しく、集団でのゲーム遊びには入りたがらない。	友だちにうまく伝えられないときは、大人が代弁する。 遊びについては事前にルールを伝え、側について参加する。どうしても参加したくないときは、側で見ていよう声かけする。
認知（ことば/文字/数） ひらがなは読める。 数の理解…10までは数えられる。概念は3まで。	遊びやお手伝いの中で数を意識できるようにしている。（「〇〇を〇個もってきてね」など）
教科	

7. 日常生活

実 態	支援内容
更衣（衣服の着脱） 服の前後を間違えることがある。 時間はかかるが、着脱行為は自立している。	前後を間違っているときは、前後を確認しよう声かけする
排泄（排尿・排便） 排便後の拭き取りが不十分。排泄後の手洗いを忘れるときがある。夜間のみ紙パンツ使用。	排便時は拭き取りができていないか、本人と確認する。 手洗いを忘れていたときには声をかける。
食事 好きなもの…カレー・ハンバーグ・スパゲッティ・果物 苦手なもの…緑の野菜、白飯 よく噛まずに飲み込むため、食事時間が短い。箸の持ち方を練習中。	次々口に入れないよう見守り、「〇回噛みます」など声かけする。苦手なものも、励まし褒めることで完食できる。
入浴 シャワーを頭からかけられることが苦手。	事前に声をかけることで、少しずつ慣れてきている。
本人の特性（関わる上で、注意すべきこと） ・大きな音・突然の音（雷・太鼓など）を怖がり、耳をふさぐ。 ・部屋の隅や机の下など、狭いところを好む。 ・急な予定変更は理解しにくく、納得できるまで「なんで？」と聞いてくる。	
個別の指導計画（長期目標） ・自分の気持ちを言葉で伝えられる。 ・困ったことが起きた時、大人ではなく、友だちに助けを求められる。	



個別の教育支援計画

川西市立

学校

作成日：平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者：（ ○○ ○○ ）

更新日：平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者：（ ○○ ○○ ）

更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 氏名等

本人	フリガナ	カワニシ キンタ	性別	生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	川西 きんた	男		

2. 在籍校

		担任		
小学校	学校名	川西市立○○小学校	1年	○○ ○○
	所在地	川西市	2年	○○ ○○
			3年	○○ ○○
			4年	○○ ○○
			5年	○○ ○○
			6年	○○ ○○
TEL				
中学校	学校名	川西市立○○中学校	1年	○○ ○○
	所在地	川西市	2年	○○ ○○
	TEL		3年	○○ ○○
高等学校等	学校名	川西市立○○高等学校	1年	○○ ○○
	所在地		2年	○○ ○○
			3年	○○ ○○
TEL				

3. 生育歴・療育歴等

乳児期	出生時：出生時の体重：○○、音や光の反応：○○ など 3ヶ月頃：人の顔を見て笑う。首がすわる。
幼児期	1歳児頃：一人で立てる。数語の単語が出る（マンマ他）。 3歳児頃：大人と話せるようになった。
学齢期	<ul style="list-style-type: none"> ・小2：人の話が聞けない／ぼんやり ・小4～6：◎◎◎（ことばのクラス） ・小学校は通常学級／中1～特別支援学級

4. 健康医療等

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
主治医 (連絡先)	〇〇医科大学児童精神科 〇△□ □□内科・小児科 □□	
医療・ 療育支援	・服用薬：〇△	

5. 家庭/地域/余暇/生活等

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
家庭の 様子	【家庭支援】 祖父母：毎日放課後みてもらっている。 【友達関係・近隣関係】 友達：毎週土曜日に〇〇と遊んでいる。	・自宅で1人で過ごせるようになって欲しい。
就学 の様子	【就学関係（連絡先）】 ・川西市立〇〇小・中学校 【就学支援】	・保護者：生活力をつけ社会的に自立して欲しい。
余暇 の過 ごし 方	【余暇・地域活動（連絡先）】 ・〇〇でのグループ活動 【余暇・地域支援】	・保護者：テレビゲーム以外に好きなこと、楽しみを見つける。

6. 進路・就労関係

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
進路・ 就労	【進路・就労関係（連絡先）】 県立〇×専門学校 【進路・就労支援】 〇〇作業所	・生活力を身に付け、社会とのかかわりを学んでほしい。

7. 学校生活

実 態	支援内容
【健康状態】 (服薬) ・良好 ・アトピー ・喘息：季節の変わり目	<ul style="list-style-type: none"> ・季節の変わり目には、できるだけ人ごみを避ける。
【運動機能等（姿勢保持/手指動作/移動/感覚）】 <ul style="list-style-type: none"> ・不器用さがある（靴をはくのに時間がかかる）。 ・全般に動作が遅い傾向がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事前にモデルを提示し、見通しを図る。 ・必要に応じて、一緒に活動する。
【コミュニケーション（言語理解/言語表出）】 <ul style="list-style-type: none"> ・日常会話は理解できる。 ・語彙数が乏しく、言語での表現力に弱さがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の言葉を補う形で返答する。
【社会性（情緒/対人関係/ルール/集団参加）】 <ul style="list-style-type: none"> ・園所生活では周囲の状況に合わせた行動ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲームでは、事前にモデル提示する。 ・ぼんやりしている時は、肩を軽くたたくなどして、気づかせる。
【認知（ことば/文字/数）】 <ul style="list-style-type: none"> ・語彙数が乏しく、言葉での表現力が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「〇〇ということ？」のように表現を補足する形で、本人の言いたいことを再現、確認する。
【教科】 <ul style="list-style-type: none"> ・言語理解が弱く、学習が定着しにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知特性より、得意な学習の仕方をさせる。

8. 日常生活

実 態	支援内容
【更衣（衣服の着脱）】 <ul style="list-style-type: none"> ・ボタンがうまくできない。 	
【排泄（排尿・排便）】 <ul style="list-style-type: none"> ・時々失敗がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・失敗経験に固執させず、時間をかけて、トイレトレーニングに取り組む。
【食事】 <ul style="list-style-type: none"> ・スプーン、フォークを使って、食べる。箸はエジソン箸を使う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、体の部位への支援を行い、体の使い方を意識させる。
【入浴】 <ul style="list-style-type: none"> ・問題ない。 	
【本人の特性（関わる上で、注意すべきこと）】 <ul style="list-style-type: none"> ・好きなことへのこだわりが強いので、そのまま続けさせていい時と、そうでない時の対応を判断する必要がある。 	
【個別の指導計画（長期目標）】 <ul style="list-style-type: none"> ・聞いたことや言いたかったことなどを忘れないようにする。 ・テレビ（ゲーム、アニメ）以外の趣味や興味のあることを作る。 	



福祉サービス利用の記録

作成日：平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者：（ ○○ ○○ ）

更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 氏名、手帳や受給者証等

本人	フリガナ	カワニシ キンタ	性別							
	氏名	川西 きんた	男	生年月日	平成	○	年	○	月	○

手帳	身体療育精神	第	号	種別等級	1 種 A 級	交付年月日	H○年2月 日	有効期限	H○年2月 日
----	--------	---	---	------	---------	-------	---------	------	---------

現在、取得している手帳の種類や等級を書きましょう。

2. 補装具、日常生活用具の記録

補装具・日常生活用具名	判定年月日（意見書）	交付・修理年月日	業者名・担当者・連絡先
頭部保護帽	H○年 ○月 ○日	交付 H○. ○. ○	○○機械 担当者 ○○ △△ TEL □□△△-○○-○△○△
		修理 . .	
補装具や日常生活用具の交付を受けている場合にご記入ください。			
		修理 . .	担当者 ○○ △△ TEL
	年 月 日	交付 . .	担当者 ○○ △△ TEL
		修理 . .	
	年 月 日	交付 . .	担当者 ○○ △△ TEL
		修理 . .	

現在、利用している、または過去に利用していた福祉サービスを書きましょう。

3. サービス利用の記録

サービスの種類	利用期間	サービス事業所	サービス内容
放課後デイサービス	H○年 ○月 ○日 } H○年 ○月 ○日	○○園 担当者 △△ ○○ TEL △△□□-□□-○○○○	音楽療法・グループ療育
日中一時支援	H○年 ○月 ○日 } 利用中	○○学園 担当者 ○○ △△ TEL △△□□-□□-○○○○	母の残業時の預かり
移動支援	H○年 ○月 ○日 } 利用中	○○サポート 担当者 △○ ○△ TEL △△□□-□□-○○○○	休日の映画や買い物の同行
就労移行支援	H○年 ○月 ○日 } H○年 ○月 ○日	○○作業所 担当者 ○△ △○ TEL △△□□-□□-○○○○	就労訓練（清掃訓練・商品陳列訓練レジ訓練等）

	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	

現在(または過去)受けている年金・保険・公的扶助について書きましょう。

4. 年金・保険・公的扶助等

障害基礎年金	2 級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	〇〇病院
障害厚生年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	〇〇病院
障害共済年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	〇〇病院
特別障害者給付金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	
障害年金(労災)	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	〇〇病院
遺族基礎年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	
遺族厚生年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	
遺族共済年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	
老齢基礎年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	
老齢厚生年金	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (年額)	申請時に関わった医療機関	
特別児童扶養手当	2 級	〇〇〇,〇〇〇 円 (月額)	申請時に関わった医療機関	
特別障害者手当	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (月額)	申請時に関わった医療機関	
障害児福祉手当	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (月額)	申請時に関わった医療機関	
経過的福祉手当	級	〇〇〇,〇〇〇 円 (月額)	申請時に関わった医療機関	
介護手当		〇〇〇,〇〇〇 円 (月額)	申請時に関わった医療機関	
公的扶助		〇〇〇,〇〇〇 円 (月額)	申請時に関わった医療機関	
		円	申請時に関わった医療機関	



就労支援記録

作成日：平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者：（ ○○ ○○ ）

更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 本人氏名等

フリガナ	カワニシ キンタ		性別				
氏名	川西 きんた		男	生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
住所	〒 666 — 〇〇〇〇 川西市〇〇町△△番地の〇 自宅 〇〇〇 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇 携帯 — —						
緊急連絡先	川西 花子 自宅	〇〇〇 — □□□	— △△△△	携帯	〇〇〇 — △△△△	— 〇〇〇〇	
	川西 一郎 自宅	現在、取得している手帳の種類や等級を書きましょう。		△△△△	— 〇〇〇〇		
手帳	身体 療育 精神	第	号	種別 等級	1 種 A 級	交付年月日	HO年2月 日 有効期限 HO年2月 日
障がいの状況	自分の思いをうまく伝達できないときがあります。						
障害支援区分	区分	2	認定期	HO年 ○月 ○日 ~ HO年 ○月 ○日			

2. 健康状態

通院	<input checked="" type="radio"/> ・ 無	頻度	回/月・週
病院名	○△□診療内科	主治医名	○○ △△ 先生
服薬	<input checked="" type="radio"/> ・ 無	薬品名	□○△□
主治医の許可	<input checked="" type="radio"/> ・ 無	現在の通院状況や服薬の頻度、内容を書きましょう。 また主治医から就労の許可が出ているかを書きましょう。	

3. 就労情報

ハローワークの求職登録	<input checked="" type="radio"/> ・ 無	（ HO年登録済）
職業評価	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	重度判定 （ <input checked="" type="radio"/> ・ 無 ）

就労期間	事業所名	仕事内容	離職理由
HO年 ○月 ～ 年 月	○△スーパー	パソコン業務 商品陳列 清掃	
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

4. 実習先

事業所名	期 間	職 種	その他
スーパー〇〇	H〇年〇月〇日 ~ H〇年〇月〇日	商品陳列	雇用につながらず
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

これまでに経験した実習について書きましょう。

5. トライアル雇用

期間	事業所名	仕事内容	備考
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

6. 年金等加入履歴

国民年金（年金番号）	123456789	加入履歴	H〇年〇月〇日~ 年 月 日
厚生年金（年金番号）			日
共済年金（年金番号）			日
雇用保険被保険者番号		加入履歴	年 月 日~ 年 月 日

これまでの年金等の加入履歴をそれぞれ書きましょう。
年金番号や雇用保険被保険者番号も書きましょう。

7. 年金等受給状況

年金・手当の名称	等級	受給額
障がい基礎年金	2 級	円（年額・月額）
		円（年額・月額）
		円（年額・月額）

現在、受給している年金や手当について書きましょう。

8. 学歴・職歴・資格等

年	月	学歴・職歴
H〇	3	〇〇市立〇△小学校 卒業
H〇	3	〇〇市立〇□中学校 卒業
H△	3	〇〇△△支援学校高等部 卒業
H☆	3	県立〇×専門学校 卒業
年	月	免許・資格
H〇	3	知的障害者ガイドヘルパー

9. 生活

【生活歴・病歴・障がい歴】

小学校まで普通学級に通い、学校の先生の勧めで中学から特別支援学級に通い始める。高等部からはゲームや犬の散歩をすることがストレスの発散になった。

どこでどんな生活をしてきたか？どんなことを楽しんできたか？を書きましょう。

【家族暦等 特記すべきこと】

お父さん・おじいさんが高齢になってきている。緊急時に頼れる親族はいないが、兄・妹は協力的。

家族関係で現在の生活に影響を及ぼしていることを書きましょう。

【本人の希望する暮らし】

僕が家族を支えたい！好きな人に出会って結婚したいから仕事を続けたい！好きなゲームも買いたい。

【家族の希望する暮らし】

将来的には福祉の援助を受けながら一人暮らしをしてほしい。また本人の希望通り結婚してほしい。

【備考】

10. 生活状況

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00	起床	起床	起床	起床	起床			
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食			
8:00						起床	起床	
	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	朝食	朝食	
10:00	↓	↓	↓	↓	↓	外出		
	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	夕食		
12:00							昼食	
14:00	↓	↓	↓	↓	↓			
			帰宅					
16:00	↓	↓	買い物	↓	↓			
18:00	帰宅	帰宅		帰宅	帰宅	帰宅		
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	犬の散歩	犬の散歩		犬の散歩	犬の散歩			
22:00	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム			
	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
24:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	ゲーム	ゲーム	
						就寝		
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス	



相談・発達検査等の記録

氏名	川西 きんた
----	--------

年月日	相談機関及び担当者	実施場所	相談内容
HO. O. O	〇〇保健センター 担当者：△△	〇〇保健センター	1歳6か月健診時にことばが遅いのを相談し、発達相談を予約する。
HO. O. O	〇〇保健センター 担当者：〇〇	〇〇保健センター	1歳8か月発達相談を受ける。半年ほど発達が遅いため、経過をみていくことになる。テレビの時間を減らして、親子で遊ぶ時間を増やすことを聞く。
HO. O. O	〇〇保健センター 担当者：△△	〇〇保健センター	2歳4か月再び発達相談を受ける。言葉は出てきたが、できることとできないことの差が大きい。集中が続かない。療育と病院受診勧められる。
HO. O. O	児童発達支援センター 〇〇園 担当者：△△	児童発達支援センター 〇〇園	〇〇保健センターから紹介され療育相談を受ける。継続して療育を受けるために〇〇園に入園する。
HO. O. O	☆★クリニック 担当者：□□	☆★クリニック	発達の相談をし、「自閉症」診断を受ける。6か月ごとに発達の経過をみていくことになった。
HO. O. O	就学に関する相談 〇〇相談センター	〇〇相談センター	幼稚園から勧められ、就学に関する相談を受ける。普通学級を勧められる。
HO. O. O	〇〇相談センター 担当者：△△	〇〇相談センター	発達について、親子で面談を重ね、特性に合わせた家庭での過ごし方や集団での対応の方法を聞く。 発達検査を受ける（検査日：平成 年 月 日） 全検査：88 言語理解95 知覚推理85 ワーキングメモリ106 処理速度78
HO. O. O	〇〇支援センター 担当者：〇〇	市役所	卒業後の福祉サービスの利用について相談を受ける。
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.

**今までに相談や発達検査等を受けた経過や内容を書きましょう。
(相談に至った経緯や主訴なども書きましょう)**