

「サポートファイル」とは？



「サポートファイル」は、成長していく上で細やかな配慮などが必要な子どもたちが、乳幼児期から成人期までのライフステージで途切れることなく支援の情報を共有でき、適切な支援を受けられることを目的に、保護者と関係者(関係機関)がお子さんの情報を共有すると共に、思い出として残せる成長記録として作成するファイルです。

つたえる

サポートファイルを関係者に見せることで、関係者にお子さんの情報を整理して分かりやすく伝えられます。

つなぐ

乳幼児期から成人期までのライフステージで、一貫した支援を受けられるように活用することができます。

支援の輪が繋がります。



どんなメリットがあるの？

- 関係機関や支援者にお子さんの情報が伝わり、伝え忘れも防げます。
- 関係機関や支援者が変わるたびに、同じことを繰り返し伝えるという負担が少なくなります。
- お子さんのさまざまな情報が大切な思い出として残せます。
- 先生や支援者にお子さんの様子が正確に伝わり、適切な支援につながります。



「サポートファイル」の内容は？

基本セットとオプションに分かれています。オプションは必要に応じて記入しましょう。

基本セット

- ・本人・家族のこと
- ・生い立ち(生育歴・健診歴)
- ・成長の記録
- ・通院状況(病気・ケガ・手術)
- ・発達に関わる受診・相談
- ・発達に関わる検査

オプション

- ・支援者に知っておいて欲しいこと
- ・服薬の記録
- ・特に気をつけてもらいたい病状
- ・福祉編(福祉支援・サービス利用)
- ・医療行為等
- ・職業訓練・職業体験等の記録



「サポートファイル」を使うのはどんなとき？

- ◆入園、入学、入社、福祉サービスの利用など、新たに関係機関との関わりが始まる時
- ◆関係機関との面接や家庭訪問、個人懇談会などお子さんの様子を関係者に伝える時
- ◆これまでの育ちの様子や支援内容を詳しく伝えることが必要になった時



- 生まれたときからの記録は、入園・入学後の先生たちの理解につながり一人ひとりに合った教育・支援につながります。
- 状況や支援の目的に応じて使えるように項目ごとのシートになっています。場面に応じて必要なページをファイルから取り外して、関係者に伝えることができます。
- お子さんの育ちの様子やこれまでのできごとを記録ファイルとして残すことができるため、福祉サービスの申請などに利用できます。



「サポートファイル」の作り方・書き方

- ◆原則として、保護者がお子さんの様子をファイルに記入・保管していきます。
- ◆「サポートファイル」に書くことは義務ではありません。気負わずに書き始めましょう。
- ◆書きやすい項目、相手に伝えたい項目から記入してください。全ての項目を記入する必要はありません。思い出せない部分は空白でも大丈夫です。
- ◆健診の結果や保育及び教育の様子など記入が難しい場合は、保健師や先生など支援者に相談しながら一緒に記入しましょう。
- ◆成長に応じて書き換えたり、書き足していきましょう。
- ◆古いシートも捨てずにとっておきましょう。あとで貴重な成長の記録となりますので、大切に保存しておきましょう。
- ◆写真を貼ったり、子どもの描いた絵などを一緒にとじておくと様子がよくわかります。診断書や生活管理指導票、発達検査の結果、個別の教育支援計画など、子どもの様子や支援内容が分かるものがあれば、一緒にとじていきましょう。
- ◆ファイルについているクリアフォルダーには、親子健康手帳や通知表などを収納できるようになっています。

※使用上・保管上の注意！！



記載する内容は、大変重要な個人情報です。保護者・またはそれに代わる立場の方が責任をもって、慎重にファイルを保管し、必要に応じて活用してください。

支援機関の皆様へ

「サポートファイル」は、ご本人のことを理解するためや支援の手がかりとして活用していただくものです。

ご本人やご家族が記入することが原則ですが、内容によっては学校や支援機関のアドバイスが必要となることがあります。その時は、書く内容や書き方、整理の仕方などをアドバイスしていただきますようお願いいたします。また、書き方等に決まりはありませんが、ご不明な点などあれば、下記の機関にお問い合わせください。

なお、参考となる資料などがございましたら、ご本人やご家族にお渡しいただき、このファイルと一緒にとじるようにアドバイスをしていただきますよう、あわせてお願いいたします。

蒲郡市



「サポートファイル」の主な配布場所

シートが不足するときは、配布場所において追加で受け取ることができます。

また、市のホームページ([サポートファイル](#)でキーワード検索)からダウンロードできます。

機関名	住所	電話番号
蒲郡市保健センター	蒲郡市浜町4番地	TEL:67-1151
子育て世代包括支援センター (うみのこ)	同上	TEL:56-2305
蒲郡市役所 子育て支援課	蒲郡市旭町17番1号	TEL:66-1107 TEL:66-1108
学校教育課	同上	TEL:66-1165
福祉課	同上	TEL:66-1106
蒲郡市障がい者支援センター	蒲郡市浜町93	TEL:68-3612





🌸 本人・家族のこと 🌸

記入日(年 月 日)

ふりがな 本人氏名				性別	男 ・ 女
				生年月日	年 月 日
呼び名				自宅電話	— —
				携帯電話	— —
住所	〒				
家族構成	氏名	生年月日	続柄	連絡先電話番号	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

身近な 支援者	氏名	続柄	連絡先電話番号	
			— —	
			— —	

健診について	<p>◇4 か月児健診 (受診日 年 月 日) ・ 未受診</p> <p>健診時に心配なことはありましたか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>首がすわっていない <input type="checkbox"/>音に反応しない <input type="checkbox"/>物を目で追わない <input type="checkbox"/>体重が増えない</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>()</p>
	<p>◇1 歳8か月児健診 (受診日 年 月 日) ・ 未受診</p> <p>健診時に心配なことはありましたか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>ことばが少ない <input type="checkbox"/>指さしをしない <input type="checkbox"/>視線をあわせない <input type="checkbox"/>大人の言うことをきかない</p> <p><input type="checkbox"/>マイペース <input type="checkbox"/>よく動く <input type="checkbox"/>偏食</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>()</p>
	<p>◇2 歳児歯科健診 (受診日 年 月 日) ・ 未受診</p> <p>健診時に心配なことはありましたか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>ことばが少ない <input type="checkbox"/>指さしをしない <input type="checkbox"/>視線をあわせない <input type="checkbox"/>大人の言うことをきかない</p> <p><input type="checkbox"/>マイペース <input type="checkbox"/>よく動く <input type="checkbox"/>偏食</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>()</p>
	<p>◇3 歳児健診 (受診日 年 月 日) ・ 未受診</p> <p>健診時に心配なことはありましたか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>ことばが少ない <input type="checkbox"/>視線をあわせない <input type="checkbox"/>聞かれたことに答えることが苦手</p> <p><input type="checkbox"/>集中力が続かない <input type="checkbox"/>マイペース <input type="checkbox"/>よく動く <input type="checkbox"/>偏食</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>()</p>

【小学校・小学部】

※1 市内の学校へ通った方は、記録しておきましょう。

※2 放課後等デイサービスを利用した人は事業所を記録しておきましょう。

学年	学校・組・担任	小学校 在籍学級(※1)	放デイ(※2)	その頃の エピソードなど
1年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
2年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
3年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
4年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
5年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
6年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			

【小学校・通級による指導】

	期間	担当の先生
ことばのへや (言語)	年 月～ 年 月 (年生～ 年生)	
たんぽぽ (情緒)	年 月～ 年 月 (年生～ 年生)	

【中学校・中学部】

※1 市内の学校へ通った方は、記録しておきましょう。

※2 放課後等デイサービスを利用した人は事業所を記録しておきましょう。

学年	学校・組・担任	中学校 在籍学級(※1)	放デイ(※2)	その頃の エピソードなど
1年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
2年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			
3年	学校	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 肢体 病弱・身体虚弱 弱視 難聴 言語 自閉症・情緒)		
	組			
	担任:			

【中学校・通級による指導】

	期間	担当の先生
たんぼぼ (情緒)	年 月～ 年 月 (年生～ 年生)	

【 校】(科・部)

学年	担任の先生	放デイ(※)	その頃のエピソードなど
1年			
2年			
3年			

【卒業後の所属先】(福祉事業所・就労先・大学など)

所属	期間	その頃のエピソードなど
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	

大きな病気・ケガ・手術での受診の記録

初回受診時期	医療機関・診断名	期間等	
年 月 日 (歳)	医療機関名	通院	年 月 日～ 年 月 日
	医師名	入院	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	手術	年 月 日～ 年 月 日
		その他	
年 月 日 (歳)	医療機関名	通院	年 月 日～ 年 月 日
	医師名	入院	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	手術	年 月 日～ 年 月 日
		その他	
年 月 日 (歳)	医療機関名	通院	年 月 日～ 年 月 日
	医師名	入院	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	手術	年 月 日～ 年 月 日
		その他	
年 月 日 (歳)	医療機関名	通院	年 月 日～ 年 月 日
	医師名	入院	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	手術	年 月 日～ 年 月 日
		その他	
年 月 日 (歳)	医療機関名	通院	年 月 日～ 年 月 日
	医師名	入院	年 月 日～ 年 月 日
	診断名	手術	年 月 日～ 年 月 日
		その他	

発達に関わる受診・相談の記録

<受診について>

初回受診時期	医療機関・診断名	期間等	
年 月 日 (歳)	医療機関名: 医師名: 診断名:	通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		その他	
年 月 日 (歳)	医療機関名: 医師名: 診断名:	通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		その他	
年 月 日 (歳)	医療機関名: 医師名: 診断名:	通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		その他	

<リハビリ>

初回開始時期	機関・担当者	期間等	
年 月 日 (歳)	機関名: 言語訓練・作業療法・理学療法 その他() 担当者:	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		内容	
年 月 日 (歳)	機関名: 言語訓練・作業療法・理学療法 その他() 担当者:	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		内容	
年 月 日 (歳)	機関名: 言語訓練・作業療法・理学療法 その他() 担当者:	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		内容	

発達に関わる検査の記録

検査日	機関名・検査の種類	記録に残しておきたいことがあったら 書いておきましょう
年 月 日 (歳)	機関名： 検査の種類： 〈担当者： 〉	
年 月 日 (歳)	機関名： 検査の種類： 〈担当者： 〉	
年 月 日 (歳)	機関名： 検査の種類： 〈担当者： 〉	
年 月 日 (歳)	機関名： 検査の種類： 〈担当者： 〉	
年 月 日 (歳)	機関名： 検査の種類： 〈担当者： 〉	
年 月 日 (歳)	機関名： 検査の種類： 〈担当者： 〉	

※検査結果をつづつていきましょう。