



連携ファイルきずな—絆—



*個人情報の保護・管理は徹底いたします。

①フェイスシート

【 記入日:令和 年 月 日 】【 記入者: 】

(ふりがな) 本人氏名	-----			
	生年月日	年	月	日生 性別(男・女)
(ふりがな) 保護者氏名	-----			本人との続柄
住 所 連絡先	〒()			
	TEL(- -)			
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備 考
	-----	-----	-----	-----
	-----	-----	-----	-----
	-----	-----	-----	-----
() 保 教 育 育 () 歴	(年 月 ~ 年 月)			

	(年 月 ~ 年 月)			

	(年 月 ~ 年 月)			

今 ま 医 で 療 に な 相 ど 談 の 諸 機 関	名 称	担当者		
		TEL		
	名 称	担当者		
		TEL		
	名 称	担当者		
		TEL		
	名 称	担当者		
		TEL		
	名 称	担当者		
		TEL		

①フェイスシート

診断名	〈 診断年月日: . . 〉〈 診断機関: 〉		
	〈 診断年月日: . . 〉〈 診断機関: 〉		
手帳の有無	療育手帳(有・無) 程度() 取得(年 月 日)	身障手帳(有・無) 程度() 取得(年 月 日)	精保手帳(有・無) 程度() 取得(年 月 日)
各種手当	障害児福祉手当 (有・無) 特別児童扶養手当 (有・無) その他()		
心理検査等 の記録 (現時点で 最新のもの)	実施年月日:		
	実施検査名:		
	検査結果		
	実施機関		
	添付資料	ある・なし	ある・なし

③連携シート（保・幼）

（ ）歳～（ ）歳

ふりがな 氏 名			所属機関	
本人・ 保護者の ニーズ				
	機関名・担当者 (連絡先)	支 援 内 容	別添資料	
医 療				
福 祉				
保 健				
保 育 教 育				
その他				

④アセスメントシート（保・幼）

（ ）歳～（ ）歳

※必要な項目をチェックして、その項目についての実態と支援・配慮について記入します。

項 目	実 態	必要な支援・配慮(合理的配慮含む)
身体・健康 <input type="checkbox"/> 姿勢・移動 <input type="checkbox"/> 運動・動作 <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> その他		
基本的生活習慣 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> その他		
言 語 <input type="checkbox"/> はなしことば <input type="checkbox"/> ことばの理解 <input type="checkbox"/> 会話のやりとり <input type="checkbox"/> その他		
行 動 <input type="checkbox"/> 興味・関心 <input type="checkbox"/> 活動意欲 <input type="checkbox"/> 態度 <input type="checkbox"/> 集中力 <input type="checkbox"/> 行動特性 <input type="checkbox"/> その他		
社会性・対人関係 <input type="checkbox"/> 人とのかかわり <input type="checkbox"/> 社会的ふるまい <input type="checkbox"/> 集団参加 <input type="checkbox"/> その他		
その他必要な諸事項		

〈好きなこと・得意なこと〉	〈嫌いなこと・苦手なこと〉
---------------	---------------

※必要な支援・配慮について、合理的配慮を含む内容を記載してください。

③連携シート（小・中・高）

（ ）歳～（ ）歳

ふりがな 氏名			所属機関	
本人・ 保護者の ニーズ				
	機関名・担当者 (連絡先)	支 援 内 容		別添資料
医 療				
福 祉				
保 健				
保 育 教 育				
その他				

④アセスメントシート（小・中・高）

（ ）歳～（ ）歳

※必要な項目をチェックして、その項目についての実態と支援・配慮について記入します。

項 目	実 態	必要な支援・配慮(合理的配慮含む)
身体・健康 <input type="checkbox"/> 姿勢・移動 <input type="checkbox"/> 運動・動作 <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> その他		
生 活 <input type="checkbox"/> 基本的な生活習慣 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 余暇活動 <input type="checkbox"/> その他		
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"/> 計算する <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> その他		
行 動 <input type="checkbox"/> 興味・関心 <input type="checkbox"/> 活動意欲 <input type="checkbox"/> 態度 <input type="checkbox"/> 集中力 <input type="checkbox"/> 行動特性 <input type="checkbox"/> その他		
社会性・対人関係 <input type="checkbox"/> 会話のやりとり <input type="checkbox"/> 社会的ふるまい <input type="checkbox"/> 集団参加 <input type="checkbox"/> その他		
その他必要な諸事項		

〈好きなこと・得意なこと〉	〈苦手なこと〉
---------------	---------

※必要な支援・配慮について、合理的配慮を含む内容を記載してください。

⑤相談の記録シート

NO.()

年 月	相談機関(担当者)	内 容 ・ 結 果	別添資料

⑥引き継ぎシート

本人氏名	ふりがな -----	男 ・ 女
所属機関	学校・園	連絡先：TEL (担当者:)
引き継ぎ機関	学校	連絡先：TEL (担当者:)
本人の願い		保護者の願い

今後必要となる支援	保護者	
	担任 ()	
	関係機関 ()	<p>※関わっている医療機関や療育機関、相談機関等からのご意見を保護者が聞き取って書いてください。 (空欄でもかまいません)</p>

本人の実態とこれまで行ってきた支援は、「④アセスメントシート」を参考にしてください。
支援シート(継続的に累積したもの:シート③~⑥)を就学・進学先へ引き継ぐことに同意します。

令和 年 月 日 保護者名

印

同意書

小松島市特別支援連携協議会長 殿

関係機関が連携し、今後の子どもへの支援を充実していくために、「連携ファイル」を作成し、活用することに同意します。

令和 年 月 日

本人氏名

保護者氏名

印

〈 連携ファイルについて 〉

- 連携ファイルは、お子さまを乳幼児期から学校卒業後まで、保健、教育、福祉、医療、労働等の関係機関が連携して支援していくために作成するものです。
- 家庭と関係機関が連携してお子さまの支援を行うために情報を共有しようとするためのものですから、保護者の同意が得られた内容のみを記入します。記載内容については十分ご確認ください。
- 記載情報は個人情報です。お子さまの支援のために利用し、それ以外の目的に使用することはなく、情報の管理等その取り扱いには慎重を期します。
- 保護者の申し出により同意を取り消すことができます。