



①フェイスシート

診断名	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">                     診断書や、発達検査の結果があればご記入ください。                 </div>		
	< 診断年月日： . . > < 診断機関： >		
手帳の有無	療育手帳 ( <input checked="" type="radio"/> 有 · <input type="radio"/> 無 ) 程度 ( B ) 取得 ( 年 月 日 )		
	身障手帳 ( 有 · <input checked="" type="radio"/> 無 ) 程度 ( ) 取得 ( 年 月 日 )		
	精保手帳 ( 有 · <input checked="" type="radio"/> 無 ) 程度 ( ) 取得 ( 年 月 日 )		
各種手当	障害児福祉手当 ( <input checked="" type="radio"/> 有 · <input type="radio"/> 無 )		
	特別児童扶養手当 ( 有 · <input checked="" type="radio"/> 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	〇〇〇保育園	
本人・ 保護者 のニ ーズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・友だちといっしょに仲良く遊べるようになってほしい。</li> <li>・困ったときになどに支援要求ができるようになってほしい。</li> </ul>		
	機関名・担当者 (連絡先)	支援内容	別添資料
医 療	〇〇病院小児科 ( △△先生 ) (0885-00-0000 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1 か月に1回の定期受診。経過の聞き取り、薬の処方。薬 ( ) 1日2回 (朝夕食後) 服用</li> </ul>	
福 祉	児童相談所 ( □□さん ) ( ) 福祉事務所 ( 家庭相談員 ) ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不定期に相談にのってもらう。</li> <li>・時々訪問したり電話で、家庭での支援についてアドバイスをいただいている。</li> </ul>	
保 健	保健センター (保健師〇〇さん) ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回「〇〇教室」に子どもと一緒に参加している。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;">                 特に該当なければ空欄も可。             </div>	
保 育 教 育	〇〇〇園・所 (担任: □□, コーディネーター: △△ 特別支援担当: □□)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育中などに気持ちがイライラしたときは、言葉崖を行い、別の場所へ行き、クールダウンできるようにする。</li> <li>・集中できるように、座席を前にする。</li> </ul>	
その他	〇〇〇センター (担当: □□)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療育 (週2回), ことばの教室 (週1回) に通っている。</li> </ul>	

③連携シート(保・幼)

③連携シート(小・中・高)

( ) 歳～ ( ) 歳

ふりがな 氏名			所属機関	〇〇〇小学校 ( 2 ) 学年	
本人・ 保護者 のニ ーズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・友だちといっしょに仲良く遊べるようになってほしい。</li> <li>・困ったときなどに支援要求ができるようになってほしい。</li> <li>・平仮名と片仮名の読み書きができるようになりたい。</li> </ul>				
	機関名・担当者 (連絡先)	支援内容			別添資料
医 療	〇〇病院小児科 ( △△先生 ) (0885-00-0000 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1 か月に1回の定期受診。経過の聞き取り、薬の処方。薬 ( ) 1日2回(朝夕食後)服用</li> </ul>			
福 祉	児童相談所 ( □□さん ) ( ) 福祉事務所 ( 家庭相談員 ) ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不定期に相談にのってもらう。</li> <li>・時々訪問したり電話で、家庭での支援についてアドバイスをいただいている。</li> </ul>			
保 健	保健センター (保健師〇〇さん) ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就学までは月1回「〇〇教室」に子どもと一緒に参加していた。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: fit-content; margin: 10px auto; padding: 5px; text-align: center;">             特に該当なければ空欄も可           </div>			
保 育 教 育	〇〇〇小学校 (担任：□□, コーディネーター：△△) ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気持ちがイライラしたときは、言葉がけを行い、別の場所へ行き、クールダウンできるようにする。</li> <li>・タブレット、デジタル教材等を活用し、特性に応じた視覚的支援を行う。</li> <li>・本人の実態に応じた教科書・教材・図書等を活用する。</li> </ul>			詳細は個別の指導計画
その他	〇〇学童保育 ( □□さん ) ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日(月曜日から金曜日)放課後利用</li> <li>・指導員との連絡ノート。できる範囲で対応してくれている。(短くわかりやす言葉かけなど)</li> </ul>			

③連携シート(小・中・高)

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） ※下記参照
<b>身体・健康</b> <input checked="" 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子で自力移動する。ものにつかまって立位がとれる。床にしていると這って移動することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段はできるだけ自分で移動できるようにする。急いでいるときは不安になってあせるので、押してあげることもあり。立位やイス座位などの姿勢をとる時間を意識して確保していく。立位時は転倒しように見守りが必要。</li> </ul>
<b>基本的な生活習慣</b> <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄は行きたいときに自分でいける。ただ、パンツとズボンを全部脱いで排尿しようとする。</li> <li>・偏食が多い。（野菜はほとんど食べられない）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ズボンを全部脱ごうとしたら止めて、膝上まで下ろしてする練習をしている。</li> <li>・家庭と園で連携して、別のお皿にほんの少し取り出し、食べることができたらほめる。無理強いはいしない。</li> </ul>
<b>言語</b> <input checked="" type="checkbox"/> はなしことば <input checked="" type="checkbox"/> ことばの理解 <input type="checkbox"/> 会話のやりとり <input type="checkbox"/> その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の短い指示は理解して行動できる。長い説明や話になると理解できていない。</li> <li>・自分の要求は、単語で伝える。吃音がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短く、簡単な言葉で指示をする。</li> <li>・説明等はできるだけ視覚的な手がかり（写真・絵など）を併用する。</li> <li>・単語で要求してきたときは、「○○くださいやなー」と言葉を広げて返すようにしている。吃音は無理に言い直しはさせないでじっくり聞く。</li> </ul>
<b>行動</b> <input type="checkbox"/> 興味・関心 <input type="checkbox"/> 活動意欲 <input checked="" type="checkbox"/> 態度 <input checked="" type="checkbox"/> 集中力 <input checked="" type="checkbox"/> 行動特性 <input type="checkbox"/> その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授業などに集中できず、離席が多く看られる。</li> <li>・かんしゃくやパニックをおこす。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・座席は窓側を避け一番前にする。</li> <li>・全体に対する指示の場合も、必ず個別の指示を組み合わせる。</li> <li>・授業を、読む・考える・操作する・書くというように流れを一定にし、それぞれ1つの作業を短時間で構成する。</li> <li>・気持ちを落ち着かせる場所を用意する。</li> <li>・気持ちを受け止め、冷静になるまで待ち、一緒に行動の前後等について考える。</li> <li>・不注意等の特性に配慮し、成功体験をつめるよう支援する（SWPBS）</li> <li>・学校全体で対処法について考え共通理解を図る。</li> </ul>
<b>社会性・対人関係</b> <input type="checkbox"/> 人とのかかわり <input checked="" type="checkbox"/> 社会的ふるまい <input type="checkbox"/> 集団参加 <input type="checkbox"/> その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・順番が理解できずに、つい友だちを追い越し、非難されることもある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・順番をわかりやすく示す。「○○君の後ろだよ」とわかりやすく指示する。運動会や発表会の並ぶ順番などは、図に描いて示す。</li> </ul>
<b>その他必要な諸事項</b>	<p>全ての項目について記入の必要はありません。 特筆すべきことを記入しましょう。</p>	

<b>〈好きなこと・得意なこと〉</b> ブロック遊び 砂遊び	<b>〈嫌いなこと・苦手なこと〉</b> ざわざわした騒がしい場所、甲高い声
<p>支援に有効に生かすことができる大切な情報です。必ず記入して下さい。</p>	

※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。  
 〈参考〉独立行政法人国立特別支援教育総合研究所運営の「インクルーシブ教育システム構築支援データベース」（合理的配慮の観点や障がい種別の実践事例について）

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） ※下記参考
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	子どもが困っている項目、気になる項目についてチェックして、その項目について具体的に記入します。	
生活 <input checked="" 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	・活動の切り替えがなかなかできず、授業に遅れてきたり、活動の終了がなかなかできなかったりする。	・終了の時刻を確認しておく。 ・可能な場合は、5分前くらいに「あと5分ね」などと声をかける。
学習 <input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 話す <input checked="" type="checkbox"/> 読む <input checked="" type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算する <input type="checkbox"/> 推論する <input type="checkbox"/> その他	・画数の多い漢字は、罫線（マス目）からはみ出す。  ・初読の文章の読みは、たどたどしい。	・はみ出しても書き直しや叱責をしない。 ・大きい罫線やマス目のノートを使ってよいことを認める。（本人が選択する）  ・まず、教師が読んで聞かせる。家庭で保護者が読みの予習をする。
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 checked="" type="checkbox"/> 行動特性 <input type="checkbox"/> その他	・突然の予定の変更等により、パニックを起こすことがある。（大声を出し、机をひっくり返す等）	・予定の変更は事前（朝の会など）に伝える。パニックが起こったときは、声をかけず落ち着くまで静かに見守る。落ち着いたら、パニックをせめずに次の行動を短く示す。 ・気持ちを落ち着かせる場所を用意する。 ・気持ちを受け止め、冷静になるまで待ち、一緒に行動の前後等について考える。 ・不注意等の特性に配慮し、成功体験を積めるよう支援する（SWPBS） ・学校全体で対処法について考え共通理解を図る。
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	全ての項目について記入の必要はありません。 特筆すべきことを記入しましょう。	
その他必要な諸事項		

〈好きなこと・得意なこと〉 パソコン、運動	〈苦手なこと〉 ざわざわした騒がしい場所、甲高い声
支援に有効に生かすことができる 大切な情報です。必ず記入して下さい。	

※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。  
 〈参考〉独立行政法人国立特別支援教育総合研究所運営の「インクルーシブ教育システム構築支援データベース」  
 （合理的配慮の観点や障がい種別の実践事例について）

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
H31.1.20	〇〇病院小児科受診 (〇〇先生)	診察、心理検査の実施等を行い、△△との診断を受ける。	検査結果別紙
H31.2～	〇〇病院で言語訓練開始	週1回の言語訓練をスタート。訓練の先生との相性もよくスムーズに現在まで継続している。 内容は・・・・・・・・。	
R1.5.10	ひのみね養護学校巡回相談員 (〇〇)	小学校に相談員に来てもらい、学校での様子の観察をしてもらう。集団活動時の配慮事項や気になる行動への対応について意見をもらう。	
<div data-bbox="352 1167 1098 1413" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>できる範囲で現在までの相談歴や療育歴・受診歴等について大まかに記入しておきましょう。また、今後も継続して記入していきましょう。詳しくは資料を別添すると良いでしょう。</p> </div>			

⑤相談の記録シート

⑥防災シートA [作成 年 月 ] 氏名 ( )

氏名 (ふりがな) □□ □□□□ ○○ ○○○	性別 ○○	生年月日 平成 ○年○月○日	年齢 ○才	血液型 ○型 (+)	愛称 ○○ちゃん
自宅住所 小松島市○○町○○○○○○△△△号		登校(園)時避難場所 ○○の○階		家族集合場所 ○○センター	
支援グッズの準備 ■できている □できていない [ 学校避難場所の○○に、○○・○○がある。 非常用持ち出し袋に○○を入れている。 ]		必要な施設・設備 聴覚→緊急放送や避難所での案内を視覚的に受容できるシステム(文字投影用PCとプロジェクター等) 情緒・知→心理状況に対応できる別室 医療的ケア児→非常用電源、酸素ボンベ等			
災害発生時の対応について					
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 元気で話す <input type="checkbox"/> 小さい声で話す <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 自分から話せない <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input checked="" type="checkbox"/> その他(質問にははい・いいえ、単語程度で答えられる。) ----- <input type="checkbox"/> 困ったときのサイン <input checked="" type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 耳をふさぐ <input checked="" type="checkbox"/> かたまる <input checked="" type="checkbox"/> 自傷 <input checked="" type="checkbox"/> 他害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(頭を床等にぶつけることや突然物を投げることもある。) ----- <input type="checkbox"/> 苦手(本児がされると嫌なこと) <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で威圧的に話す <input type="checkbox"/> いきなり話しかける <input type="checkbox"/> 一度に話す <input checked="" type="checkbox"/> 怒鳴る <input type="checkbox"/> 身体を触られる <input checked="" type="checkbox"/> その他(○○の臭いが苦手。○○の音が苦手。大人数の場が苦手。) ----- <input type="checkbox"/> 落ち着くこと や こんな時はこうしてほしい 人見知りがあり、初対面の人には話せない。自分から助けを求めにくく、状況説明しにくい。 一緒にいた人に聞いたり、質問方式でゆっくり困っていることを聞き出して対応する。				
身体の状況 医療情報	<input checked="" type="checkbox"/> 視覚(眼鏡を使用している。拡大鏡がないと、小さな字は読めない拡大した字が必要。) <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚(補聴器を使用している。人工内耳の手術をしている。 ) <input checked="" type="checkbox"/> 身体・運動機能(車いす利用、介助者が必要。 ) <input checked="" type="checkbox"/> 現在治療中の病気(○○性○○。朝、起きられないことがある。 ) <input checked="" type="checkbox"/> 感覚過敏・鈍感: <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input checked="" type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 臭覚 <input type="checkbox"/> 痛覚 (大きな音が苦手。イヤーマフを利用。暑さに気づきにくい。水分摂取の確認必要。) <input checked="" type="checkbox"/> 心理・情緒面(状況把握が困難で、新しいことに不安が強い。納得いかなかったり自分の気持ちの表現がうまくいかなかったりすると、怒り出すことがある。大人数の場が苦手。) <input checked="" type="checkbox"/> アレルギー: <input checked="" type="checkbox"/> 花粉(スギ・イネ…) <input checked="" type="checkbox"/> 食べ物(鶏卵・乳製品・小麦…) <input checked="" type="checkbox"/> ハウスダスト <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤(○○系… ) <input checked="" type="checkbox"/> 動物(猫・犬・ウサギ・ネズミ…の毛 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他(乳製品について、アレルギーがある。エピペンを常時携帯している。) ----- <input type="checkbox"/> こんな時はこうしてほしい 動物の毛に触ると、皮膚や目のかゆみ、咳・鼻水、喘息の発作が出ることもあるので、動物との接触をさける。接触があれば、着替え・手洗いをする。空気清浄機があるとよい。人工内耳の手術有、耳に水が入らないようにする。				

⑥防災シートA [作成 年 月 ] 氏名 ( )

	食事	排泄	就寝	その他
必要な支援	・除去食（鶏卵・乳製品・小麦・ナッツ） ・きのこ類が食べられない。こだわりがあるので、少しでもあると全く食べなくなる。 ・介助用スプーンを使用している。	・時間排尿誘導が必要（2時間毎に誘う。） ・排泄時介助が必要・環境が変わると失敗することがあるので、紙おむつや防水シートを利用しておく。	・静かな環境でないと眠れない。 ・個別空間が必要 ・安心グッズとして、くまのぬいぐるみを持つと安心して眠ることができる。	・絵カードを活用して情報を伝達する。 ・パズルや図鑑を好む。 ・痛みに鈍感なので、けがをしていないか、時々身体をよく見るようにしている。 ・スケジュール表や手順書を使用している。
常用薬	■有 いつ、何（薬剤名）を、どのくらい □無 （毎朝食後 ○○○を1錠 ※お薬手帳のコピー 有 別紙添付） ○自分で飲めるか □飲める ■飲めない（飲ませ方：水で練って口に入れる…） ○飲まないと、どうなるかと対処法 （飲まなくても特に問題はない。 飲まないと落ち着きにくくなる。自傷がでたらケガしにくい場所で見守ってほしい。 飲まないと発作がおこるので、学校で預かっている薬を飲むように渡す。）			
医療的ケア	必要なケア内容 痰の吸引 ○回/日実施 いつもは、ゼロゼロという呼吸音がしたり酸素飽和度が○○以下となった時…等のタイミングでしている。 必要な道具とないときの対処法 吸引器 加温加湿器 ネブライザー 薬（去痰剤等） 非常用電源 パルスオキシメーター 喀痰を出しやすい姿勢○○をとる。…○○などときは、ケアが行える○○に運ぶ。……			

※必要な支援グッズを書き留めておき、日頃から備えておくようにしましょう。

その他（フリースペース）保護者からの要望等  ・家族への連絡時に必要な配慮について。あれば記入。 ・家族が普段いる場所（職場）等だいたいいる場所。 母：月・水・金…○○町の○○に△時～△時は勤務。その他は自宅。 ・防災バックに、避難先でその子が身につけておくことができる顔写真入りのカード（そのカードにその子の特性や最低限の注意事項などを示したもの）が入っていて、避難時はそのカードを身につけさせて欲しいという保護者の要望がある。 ・本人だけでは危険に気づきにくいので、保護者が迎えにきてから引き渡してほしい。
避難時における防災シート持ち出しについて 避難時に防災シートを持ち出して活用することを承諾します。守秘義務を守ったうえで、学校職員、避難所運営に関わる市の職員等で共通理解して本人への対応をお願いします。
令和 年 月 保護者名 印

⑥防災シートA〔作成 年 月〕氏名( )

		連携機関・保護者 連絡先		
連携機関	障がい福祉 児童福祉	事業所名	放課後等ディサービス ○○○	
		サービス内容	週2回通い、宿題をした後、指先の巧緻性を高めるような訓練とPCスキルを高めるトレーニングに取り組んでいる。	
		担当者	○○さん	
		TEL	088-000-0000	
		事業所名	放課後等ディサービス ○○○	
		サービス内容	週1回通い、個別・集団での遊びを通して、語彙力を伸ばしコミュニケーション力を高める活動に取り組んでいる。	
		担当者	○○さん	
		TEL	088-000-0000	
	医療	医療	機関名	○○病院
			主な受診内容	△ヶ月ごとに定期的に通院している。発達検査を定期的にとり、かかり方との相談もしている。
			担当者	○○医師
			TEL	088-000-0000
医療		機関名	○○病院	
		主な受診内容	△ヶ月ごとに定期的に通院して○○の薬を調整して処方してもらっている。	
		担当者	○○医師	
		TEL	088-000-0000	
医療		機関名	○○病院○○科	
		主な受診内容	○才時に手術を受けた。1年に1回定期的に通院して経過観察。必要に応じて薬の処方有。	
		担当者	○○医師	
		TEL	088-000-0000	
保護者 緊急連絡先	★ふりがな ●●● ●●●	① 氏名： ○○ ○○	TEL：(自宅) 000-000-0000	
		続柄： 母	TEL：(携帯) 000-000-0000	
			E-mail： ○○○○ ○○○○	
	連絡する優先順 で①から記入す る。	★ふりがな ●●● ●●●	② 氏名： □□ □□	TEL：(自宅) 000-000-0000
			続柄： 父	TEL：(携帯) 000-000-0000
				E-mail： □□□□ □□□□
	キーパーソンに ★をつけましょ う。	★ふりがな ●●● ●●●	③ 氏名： △△ △△	TEL：(自宅) 000-000-0000
			続柄： 祖父(○○市)	TEL：(携帯) 000-000-0000
				E-mail： △△△△ △△△△
		★ふりがな ●●● ●●●	④ 氏名： ◇◇ ◇◇	TEL：(自宅) 000-000-0000
			続柄： 叔母(○○県)	TEL：(携帯) 000-000-0000
				E-mail： ◇◇◇◇ ◇◇◇◇

⑥防災シートB [作成 年 月 ] 氏名( )

氏名(ふりがな) □□ □□□□ ○○ ○○○	性別 ○○	生年月日 平成 ○年○月○日	年齢 ○才	血液型 ○型 (+)	愛称 ○○ちゃん
自宅住所 小松島市○○町○○○○○○△△△号		登校(園)時避難場所 ○○の○階		家族集合場所 ○○センター	
必要なグッズの準備 ■できている □できていない [ 学校避難場所の○○に、○○・○○がある。 非常用持ち出し袋に○○を入れている。 ]		必要な施設・設備 聴覚→緊急放送や避難所での案内を視覚的に受容できるシステム(文字投影用PCとプロジェクター等) 情緒・知→心理状況に対応できる別室 医療的ケア児→非常用電源、酸素ボンベ等			
災害発生時の対応について					
コミュニケーション	いつものコミュニケーションの方法と様子 人見知りがあり、初対面の人には話せない。 言葉だけでは理解が難しい。単語のやりとりができる。 コミュニケーション困難である。				
	対応 しばらく一緒にいると話せるようになるので待つほしい。大事な事は視覚的に分かるように伝えている(写真・絵カード) ゆっくり、はっきりと伝えると分かる。移動は直接手を引いて行く等の介助が必要。等				
	好きなもの・こと 音楽を聴く・ミニカー 等		落ち着くもの・こと 抱っこ・タオルを触る 等		
	対応 携帯で音楽を聴かせる。遊ぶときだけ、ミニカーを出す。等		対応 5分くらい抱く。お気に入りのタオル以外はだめ。等		
身体 医療情報	苦手(嫌い)なもの・こと 泣いている声 人が密集する場所 等		困ったときのサイン 耳をふさぐ・多弁になる・大声を出す・笑う・固まる・他害・自傷 等		
	対応 ヘッドホンをする。 少し離れた場所に行く 等		対応 パニック時には一人になれる場所ですばらく見守る。等		
○アレルギー： ■花粉(スギ・イネ…) ■食べ物(鶏卵・乳製品・小麦…) ■ハウスダスト ■薬剤(○○系…) ■動物(猫・犬・ウサギ・ネズミ…の毛) ■その他(乳製品について、アレルギーがある。エピペンを常時携帯している。)					

⑥防災シートB 〔作成 年 月 〕 氏名 ( )

○その他身体面できをつけてほしいこと  
暑さに気づきにくい。熱中症にならないように、衣服の調整と水分補給の確認をする。車いす利用。介助者が必要。大きな音が苦手。イヤーマフを利用。人工内耳有。耳に水を入れないこと。等

	食事	排泄	就寝	その他
場面ごとに 気にして ほしいこと	・除去食（乳製品） ・きのこ類が食べられない。こだわりがあるので、少しでもあると全く食べなくなる。	・時間排尿誘導が必要（2時間毎に誘う。） ・排泄時介助が必要・環境が変わると失敗することがあるので、紙おむつや防水シートを利用しておく。	・静かな環境でないと眠れない。 ・個別空間が必要 ・安心グッズとして、くまのぬいぐるみを持つと安心して眠ることができる。	・視覚的な情報を活用して情報を伝達する。 ・パズルや図鑑を好む。 ・痛みに鈍感なので、けがをしていないか、時どき身体をよく見るようにしている。

常用薬  
有 いつ、何（薬剤名）を、どのくらい 無  
 （毎朝食後 ○○○を1錠 ※お薬手帳のコピー 有 別紙添付）  
 ○自分で飲めるか 飲める 飲めない（飲ませ方：水で練って口に入れる。…）  
 ○飲まないと、どうなるかと対処法  
 （飲まなくても特に問題はない。 飲まないと落ち着きにくくなる。自傷がでたらケガしにくい場所で見守ってほしい。 飲まないと発作がおこるので、学校で預かっている薬を飲むように渡してほしい。 ）

医療的ケア  
**必要なケア内容**  
 痰の吸引 ○回/日実施 いつもは、ゼロゼロという呼吸音がしたり酸素飽和度が○○以下となった時…等のタイミングでしている。  
**必要な道具とないときの対処法**  
 吸引器 加温加湿器 ネブライザー 薬（去痰剤等） 非常用電源 バルスオキシメーター  
 ○○が使えないときは、喀痰を出しやすい姿勢○○をとる。…○○などときは、ケアが行える○○に選ぶ。  
 ……

※必要な支援グッズを書き留めておき、日頃から備えておくようにしましょう。

その他（フリースペース）保護者からの要望等  
 ・家族への連絡時に必要な配慮について。あれば記入。  
 ・家族が普段いる場所（職場）等だいたいいる場所。  
 母：月・水・金…○○町の○○に△時～△時は勤務。その他は自宅。  
 ・防災バックに、避難先でその子が身につけておくことができる顔写真入りのカード（そのカードにその子の特性や最低限の注意事項などを示したもの）が入っていて、避難時はそのカードを身につけさせて欲しいという保護者の要望がある。  
 ・本人だけでは危険に気づきにくいので、保護者が迎えにきてから引き渡してほしい。

⑥防災シートB〔作成 年 月〕氏名( )

連携機関・保護者 連絡先					
連携機関	医療	機関名	〇〇病院		
	主な受診内容	△ヶ月ごとに定期的に通院している。			
	担当者	〇〇医師			
	TEL	088-000-0000			
	機関名	〇〇病院〇〇科			
	主な受診内容	〇才時に手術を受けた。1年に1回定期的に通院して経過観察。必要に応じて薬の処方有。			
	担当者	〇〇医師			
	TEL	088-000-0000			
	機関名				
	主な受診内容				
	担当者				
	TEL				
その他	機関名	放課後デイサービス 〇〇			
	関わりの内容	週2回通い、個別・集団での遊びを通して、語彙力を伸ばしコミュニケーション力を高める活動に取り組んでいる。			
	担当者	〇〇さん			
	TEL	088-000-0000			
保護者 緊急連絡先	★	ふりがな	●●●● ●●●●	TEL:(自宅) 000-000-0000	
		① 氏名:	〇〇 〇〇	TEL:(携帯) 000-000-0000	
		続柄:	母	E-mail: 〇〇〇〇 〇〇〇〇	
	連絡する優先順 で①から記入す る。	②	ふりがな	●●●● ●●●●	TEL:(自宅) 000-000-0000
			氏名:	□□ □□	TEL:(携帯) 000-000-0000
			続柄:	父	E-mail: □□□□ □□□□
	キーパーソンに ★をつけましょ う。	③	ふりがな	●●●● ●●●●	TEL:(自宅) 000-000-0000
			氏名:	△△ △△	TEL:(携帯) 000-000-0000
			続柄:	祖父(〇〇市)	E-mail: △△△△ △△△△
	④	ふりがな	●●●● ●●●●	TEL:(自宅) 000-000-0000	
		氏名:	◇◇ ◇◇	TEL:(携帯) 000-000-0000	
		続柄:	叔母(〇〇県)	E-mail: ◇◇◇◇ ◇◇◇◇	
避難時における防災シート持ち出しについて					
避難時に防災シートを持ち出して活用することを承諾します。守秘義務を守ったうえで、学校職員、避難所運営に関わる市の職員等で共通理解して本人への対応をお願いします。					
令和 年 月 保護者名 印					

⑦引き継ぎシート

本人氏名	ふりがな -----	男 ・ 女
所属機関	〇〇学校・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
<ul style="list-style-type: none"> <li>・友だちをたくさん作りたい。</li> <li>・部活動をがんばりたい。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・中学校での新しい環境にはやく慣れて、落ち着いて過ごしてほしい。</li> <li>・高校進学に向けて学力もつけていってほしい。</li> </ul>

今後必要となる支援	保護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学習がついていけるかどうか心配である。塾も検討している。</li> <li>・新しい友だちができるかどうか心配である。</li> </ul>
	担任 ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教科担任制になるので、子どもの特性や対応の仕方について共通理解・共通対応をお願いしたい。</li> <li>・落ち着いて生活できるように、文字によるスケジュールの提示や変更の予告をお願いしたい。</li> </ul>
	関係機関 ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期健診の際は、学校の様子を保護者を通じて知らせてほしい。</li> </ul> <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>

入学すると今までの環境と大きく変化します。その変化から予測される困難を見通して、心配なことや今後必要となる支援を記入します。保護者、担任は必ず記入してください。関係機関からご意見がいただければ、保護者の方が聞き取って記入します。こうしてほしいという希望もあれば書いておきましょう。

※本人の実態とこれまで行ってきた支援は、「シート③アセスメントシート」を参考にしてください。

支援シートを就学・進学先へ引き継ぐことに同意します。

令和 年 月 日 保護者

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。

保護者自身が自著  
・捺印をお願いします。

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、お子さまが乳幼児期から学校卒業後まで、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ものですので、保護者が了承された内容のみを記入します。記載内容については十分にご確認ください。
- 記載情報は個人情報ですので、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ありません。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もできます。