

～保護者のみなさま～

連携ファイルきずな－絆－について



連携ファイルきずな－絆－とは？

小松島市にお住まいあるいは小松島市内の機関へ通園・通学している子どもたちの成長や発達を、保護者を中心とする関係機関で手を取り合って支えていこうという願いから作成するものです。

- 本人や保護者の方のニーズや願いからスタートします。
- 幼児期から学校卒業後までを通じて、関係機関との連携や協力により、一貫した支援を行うことを目的に作成します。
- 就学や進学の際に、これまでの支援や、本人や保護者の願いを、次の機関に引き継ぐことに役立ちます。
- 家庭、保育・教育、医療、保健、福祉などの関係機関の連携や協力を図ることに役立ちます。

作成の対象となるのは？

小松島市内にお住まいあるいは小松島市内の機関へ通園・通学しているお子さまで、保護者が作成を希望した場合に作成します。作成を希望する場合は、所属機関に申し出てください。

活用方法は？

- ファイルの原本は、保護者が保管します。
- お子さまが所属している園や学校にファイルの写しを渡して、必要な支援をお願いし、活用してもらうことができます。
- 就学や進学の際に、ファイルを用いて、就学先や進学先にお子さまの情報や支援の状況を引き継ぐことができます。
- 関係機関への相談や受診の際に持参して提示することで、お子さまの支援について必要な情報の共有をすることができます。
- 関係機関では情報の管理及び取り扱いは十分配慮されます。

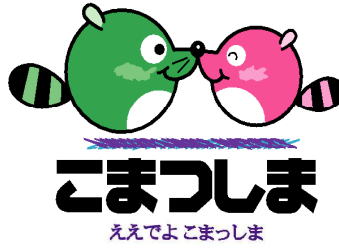
作成については？

- 基本的には保護者が主体で作成します。所属機関の協力をお願いすることができます。
- 全ての項目を記入する必要はありません。不明な点や記入したくない事項については記入しなくてもかまいません。
- 手書きでも、パソコン入力でも、どちらでもかまいません。記入例を参考にしてください。
- 内容に変更があった場合は、その都度手書きで加筆修正していきましょう。
- 完成したら所定のファイルに入れて保管しましょう。

シート	記載内容	主たる記入者
① フェイスシート (本人に関する基本情報)	開校時に作成し、その後に変更や新たな記載事項が生じた場合は、手書きで加筆修正します。記載内容に大きな変更がない場合は、基本的には更新の必要はありません。	保護者
② 育ちの記録シート (生育歴や健診の情報)	出生から現在までの生育歴や、健診の結果を記入します。作成時以降の情報は、加筆していきます。基本的には更新の必要はありません。	保護者
③ 連携シート (本人を支える関係機関の情報と役割分担)	保護者が関係機関から情報を得て記入します。少なくとも3年ごとに保護者と所属機関が一緒に内容を見直して、更新してください。	保護者
④ アセスメントシート (本人の実態と必要な支援・配慮)	具体的な支援に結びつく大切な情報です。所属機関に作成の協力をお願いすることもできます。成長に伴い、保護者と所属機関が一緒に内容を見直して、更新してください。 (少なくとも3年に一度は見直しましょう。)	保護者 所属機関担当者
⑤ 相談の記録シート (相談やケース会議、関係機関への相談記録等)	現在までの相談歴や療育歴・受診歴等について記入します。その後、新たに相談や受診等を行った場合は、その都度、加筆してください。詳しい内容については、別添資料をつけましょう。	保護者 所属機関担当者
⑥ 防災シート (災害時の支援として必要な本人の実態・支援・配慮等の情報)	保護者と合意の上で相談して作成し、本シートをコピーシラミネート(水濡れ対策)して持ち出し袋に入れておきましょう。学校の避難場所等には支援グッズも用意しましょう。A・Bの書きやすい様式で作成しましょう。 〔使用しなくなったらシュレッダー〕	保護者 所属機関担当者
⑦ 引き継ぎシート (就学や進学する際必要な引き継ぎ事項)	就学や進学にあたって、本人や保護者の願いや、新しい機関に対してお願いしたいこと、伝えたいことを記入します。関係機関の欄については、保護者が聞き取って記入してください。	保護者及び 所属機関担当者
⑧ 同意書	作成・活用にあたっての保護者の同意書です。保護者自身が署名と捺印をしてください。	保護者

作成について不明な点は下記までお問い合わせください。

小松島市教育委員会学校課 TEL.0885-32-3811
小松島市役所子育て応援課 TEL.0885-32-2114
小松島市保健センター TEL.0885-32-3551



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

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（合理的配慮を含む） ※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		
基本的な生活習慣 <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。

〈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）

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） ※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		
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。

〈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

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

防災シートの作成・運用について

⑥防災シート（令和7年4月より運用開始）については、実態に応じて様式A・様式Bのどちらかの様式で作成をしてください。不足部分は、独自のシートをつけ加えてください。

非常時に見たい部分がみつけやすいようにと、防災シートのセルに色をつけています。

作成した防災シートは、連携機関と情報共有できるように、また、進学進級時の引き継ぎ資料の1つとしても活用できるように、他のシートと同様に絆ファイルに差し込んでください。（個人情報を含むため、所属校には、絆ファイルの写しを鍵のついたキャビネットで保管をお願いしています。）

防災シートは万が一の災害発生時に避難した先で活用するシートです。災害発生時に迅速に持ち出して活用していただく必要があります。保護者の同意のもと、⑥防災シートのコピーをとり、水濡れ防止のためにラミネートをして、リング等で束ねて、災害時の持ち出し袋に入れておきましょう。

個人情報を含む内容ですので、他の児童や生徒が目にしらないよう、持ち出し袋の置き場へのご配慮をお願いします。また、誰が持ち出すかも前もって決めておきましょう。

持ち出し袋中の防災シートに、その子への災害時の対応等の情報があることを職員間で共通理解しておきましょう。

持ち出し用としてラミネートしたシートは、使用しなくなったらシュレッダーにかけて破棄してください。

支援グッズの準備ができているかの欄ももうけています。保護者でご相談の上、必要な支援グッズの準備も合わせてしておきましょう。日頃コミュニケーションツールとして使っている絵カードと同じ物を準備しておく等、できる準備をしておきましょう。

服薬内容等の変更があれば、保護者から連絡をもらえるようにしておき、二重線で訂正したり加筆したりしていきましょう。面談等の機会を捉えて、変更がないか確認を定期的に行っていきましょう。

避難時（非常時）の服薬・医療的ケア（支援に必要な物の準備も含む）については、医師の指示書にもとづき学校と保護者で相談・確認を行ったうえで対応内容を決めて、記載するようにしてください。

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	年齢	血液型	愛称
自宅住所		登校(園)時避難場所		家族集合場所	
支援グッズの準備 <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できてない []		必要な施設・設備			
災害発生時の対応について					
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 元気よく話す <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 type="checkbox"/> その他() ----- <input type="checkbox"/> 困ったときのサイン <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 耳をふさぐ <input type="checkbox"/> かたまる <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害 <input type="checkbox"/> その他() ----- <input type="checkbox"/> 苦手(本児がされると嫌なこと) <input 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 type="checkbox"/> 怒鳴る <input type="checkbox"/> 身体を触られる <input type="checkbox"/> その他() ----- <input type="checkbox"/> 落ち着くこと や こんな時はこうしてほしい				
身体の状況 医療情報	<input type="checkbox"/> 視覚() <input type="checkbox"/> 聴覚() <input type="checkbox"/> 身体・運動機能() <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気() <input type="checkbox"/> 感覚過敏・鈍感: <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 臭覚 <input type="checkbox"/> 痛覚 () <input type="checkbox"/> 心理・情緒面() <input type="checkbox"/> アレルギー: <input type="checkbox"/> 花粉() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 動物() <input type="checkbox"/> その他() ----- <input type="checkbox"/> こんな時はこうしてほしい				

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		
		サービス 内容		
		担当者		
		TEL		
		事業所名		
		サービス 内容		
		担当者		
		TEL		
	医療	機関名	機関名	
			主な 受診内容	
			担当者	
			TEL	
		機関名	機関名	
			主な 受診内容	
担当者				
TEL				
機関名		機関名		
		主な 受診内容		
		担当者		
		TEL		
保護者 緊急連絡先	①	ふりがな	TEL :	
		氏名 :	TEL :	
		続柄 :	E-mail :	
	②	ふりがな	TEL :	
		氏名 :	TEL :	
		続柄 :	E-mail :	
	③	ふりがな	TEL :	
		氏名 :	TEL :	
		続柄 :	E-mail :	
	④	ふりがな	TEL :	
		氏名 :	TEL :	
		続柄 :	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	年齢	血液型	愛称
自宅住所		登校(園)時避難場所		家族集合場所	
必要なグッズの準備 □できている □できてない []		必要な施設・設備			
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				
	対応				
	好きなもの・こと		落ち着くもの・こと		
	対応		対応		
	苦手(嫌い)なもの・こと		困ったときのサイン		
	対応		対応		
身体の状況 医療情報	○アレルギー： <input type="checkbox"/> 花粉() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 動物() <input type="checkbox"/> その他()				

⑥防災シートB [作成 年 月] 氏名()

連携機関		医療・保護者 連絡先	
		医療	機関名
主な受診内容			
担当者			
TEL			
機関名			
主な受診内容			
担当者			
TEL			
機関名			
主な受診内容			
担当者			
TEL			
その他	機関名		
	関わりの内容		
	担当所		
保護者 緊急連絡先	①	ふりがな	TEL :
		氏名 :	TEL :
	続柄 :	E-mail :	
	②	ふりがな	TEL :
		氏名 :	TEL :
	続柄 :	E-mail :	
	③	ふりがな	TEL :
		氏名 :	TEL :
	続柄 :	E-mail :	
	④	ふりがな	TEL :
		氏名 :	TEL :
	続柄 :	E-mail :	
<p>避難時における防災シート持ち出しについて</p> <p>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。</p>			
		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	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 ()	※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)

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③～⑦）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

⑦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 ()	※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)

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。

連携ファイルを就学・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。

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ができます。