

## ライフサポートファイルの記入例



- 整理したいこと、記入したいことから自由に書きましょう。
- 欄やページが足りなくなった場合は、新しい冊子をお渡しできます。
- 個人情報が記載されていますので、取扱いには十分注意しましょう。

## お子さんの情報

名前

湊町 太郎

生年月日

R1/10/1

血液型

不明

住所

千葉県船橋市湊町 2-10-25

お子さんの  
情報を記入  
しましょう

電話番号

012-345-0000

メール

手帳の取得状況

療育手帳（等級： B I ） 身体障害者（ 級）

精神障害者保健福祉手帳（ 級）

### ●○緊急連絡先●○

住所や電話番号等がお子さんの情報と重複する場合は、空欄で構いません。

名前

湊町 市郎

続柄

父

生年月日

H1/12/31

住所

電話番号

090-0000-000

メール

000@\_\_\_\_.com

情報が同じ  
ところは記  
入不要です

名前

湊町 花子

続柄

母

生年月日

H3/3/3

住所

電話番号

080-0000-0000×

メール

▲▲▲@\_\_\_\_.com

## 家族

名前	続柄	生年月日	備考（勤務地・電話番号等）
湊町 市郎	父	H1 年 12 月 31 日	(勤務先) 東京●●●株式会社
湊町 花子	母	H3 年 3 月 3 日	(勤務先) 船橋市湊町O-O-OO
湊町 市子	祖母	S35 年 12 月 31 日	010-0000-0000
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

全ての欄を  
埋める必要  
はありません

## 通園・通学

学校名等  
を記入し  
ましょう

幼稚園・保育所等

●●●園

小学校

中学校

高等学校

入園・入学・  
転校の際に  
記入していき  
ましょう

## 成長の記録

できるようになった年齢・月齢を記入しましょう。

首のすわり	年 ●か月	歩き始め	★年 ★か月
寝返りをする	年 △か月	指さし	年 か月
おすわり	年 か月	はじめてのことば	年 か月
ずりばい	年 か月	2 語文	年 か月
ハイハイ	年 か月		

### 自由記入欄

おすわり、ずりばい、ハイハイは出来るようになった頃が分からない。

歩き始めは 2 歳頃だったが、つかまり立ちは早かった。

覚えている範囲で記入しましょう。(年のみでも OK)

自由に記入しましょう

---

## 好きなこと・苦手なこと

---

お子さんの好きなことと苦手なことを記入しましょう。

### 好きなこと

- 0歳…いないいないばあが好き
- 1歳…食べることが好き
- 2歳…人から話しかけられることが好き

書き足していきましょう

0歳から6歳

### 苦手なこと

- 大きな音が苦手
- 初めての場所

- アニメ
- あかるい音楽
- 図鑑をみること

6歳から12歳

- じっとしていること
- 帽子やマスクをつけること

- プール
- パズル
- おしゃべり

12歳から18歳

- 文字を書くこと
- 予定の変更

# 行動

どんな場面でこだわりやパニックが起きやすいのか、  
きっかけや対応方法、こだわりの内容等を記入しましょう。

こだわり

こだわりの対象	内容	対応方法
電車	特定の車両にしか乗れない	事前に今日乗る車両の説明をする
本人の思い通りにならないこと	大声で泣く。叩く	気持ちの整理がつくまで一人の時間が必要。見守る

詳細に書くと  
支援機関にも  
伝えやすくなります

パニック

きっかけ	状態	対応方法
親が視界から消える	泣く	見える位置に父と母のどちらかはいるように心掛けています。
周囲のざわざわした音	耳をふさぎ、固まってしまう	静かに過ごせる部屋に移動する

# コミュニケーション

言葉

発声無

喃語

一語文

二語文以上

意思表示

動作・表情

ジェスチャー・サイン・クレー

お子さんの現在の状態に、随時情報を更新していきましょう

表現方法

感情の表現方法について具体例を記入しましょう。

嬉しいとき

笑う

とびはねる

楽しいとき

手を叩く、笑う

嫌なとき

泣く

指示が通らなくなる(3歳)

年齢を書く  
と、状況を  
把握しやす  
くなります

困っているとき

固まってしまう

助けを求めることができない

うろうろする

# アレルギー

アレルギー名称

内容・注意点

卵アレルギー

食べるとアナフィラキシーショックが起こります。

アトピー性皮膚炎

アレルギー・医療的ケアの情報は、重要な情報です。

## 医療的ケア

人工呼吸器

気管切開

鼻咽頭エアウェイ

酸素療法

吸引（口鼻腔・気管内吸引）

ネブライザー

経管栄養

中心静脈カテーテル

皮下注射

血糖測定

継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）

導尿

排便管理

痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等

その他（医療的ケアの内容： \_\_\_\_\_ )

## 既往歴

時期・年齢	病名・症状	医療機関名	治療・経過
R3年 4月頃 ( 1.5歳)	突発性発疹	船橋〇〇病院	
R3年 10月頃 ( 2歳)	アトピー性皮膚炎	〇〇皮膚科	定期的な通院開始(月2回)
R4年 10月頃 ( 3歳)	おたふくかぜ	船橋〇〇病院	
年 月頃 ( 歳)			

かかりつけ  
医は緊急時  
に必要な情  
報です

〇●かかりつけ医●〇

〇●自由記入欄●〇

病院名: 船橋〇〇病院 (連絡先: ●●●●-●●●●)

小児科 担当医: △△ △△

病院名: 〇〇皮膚科 (連絡先: ×××-××××)

皮膚科 担当医: ★★ ★★

病院名: 船橋〇〇病院 (連絡先: ●●●●-●●●●)

児童精神科 担当医: ■■ ■■

病院名: (連絡先: )

科 担当医:

## 入院・通院

入院や通院の記録をしましょう。一緒に診断書の写しを保管すると便利です。

※障害に関連する通院の初診日の情報は、障害年金の申請時に役立ちます。

日付	入院・通院	医療機関	病院に掛かった理由・傷病名	今後の通院予定
R1年12月15日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	船橋〇〇病院(小児科)	夜に嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input checked="" type="checkbox"/> 無
R2年3月24日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	船橋〇〇病院(小児科)	風邪	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input checked="" type="checkbox"/> 無
R3年4月 日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	船橋〇〇病院(小児科)	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input checked="" type="checkbox"/> 無
R3年 から R3年	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	船橋△△病院(救急)	アナフィラキシーショックで入院	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input checked="" type="checkbox"/> 無
R3年6月1日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	船橋●●病院(児童精神科)	呼びかけに応じないことが多いため、受診	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (R4年2月頃) <input type="checkbox"/> 無
R3年10月5日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	〇〇皮膚科	一性皮膚炎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (R3年11月頃) <input type="checkbox"/> 無
年 月 日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院			<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無
年 月 日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院			<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無
年 月 日 から 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院			<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無

分からない場合は、月のみの記入でOKです

障害に関する通院の初診日を記入すると、障害年金の申請時に役立ちます

## 相談の記録

相談や発達検査の記録をしましょう。一緒に発達検査の結果を保管すると便利です。

相談日	相談機関	担当者	内容・結果
R2年2月3日	ふなここ	××	心理士に相談
R3年4月3日	船橋市こども発達相談センター	〇〇	電話で相談
R3年6月1日	船橋〇〇病院	■ ■	呼びかけに応じないことが多いため、受診。自閉スペクトラム症の疑いありと言われる。
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

カスタマイズのページで補装具の記録を追加することもできますが、ここに記入することもできます

---

## 支援者に知ってほしいこと

---

配慮してほしいこと等の支援者に知ってほしいことを記入しましょう。

- ・困っていると固まってしまいます。言葉に詰まったら、ゆっくり言葉を聞いてあげてください。
- ・指示を出してもとおりがいがあります。  
カードや写真などを示してもらおうと分かりやすいようです。
- ・笑っているときは、機嫌がいい時です。
- ・最初人見知り解けるまで時間がかかりますが、一度信頼すると指示を聞いたり一緒に遊べるようになります。
- ・人込みが得意ではありません。外出する際もできる限り1人になれる時間を確保してください。
- ・集団遊びなど、無理強いすると強く拒否します。なるべく自発的な参加を待ってあげてください。
- ・人の使っているものを、とってしまうトラブルが多くあります。

個別に対応して  
ほしいことを記  
入しましょう

# サービス利用の記録

障害児通所支援事業所  
利用を開始する際

このページは、保護者が書くページではなく、  
支援者が記入するページです。  
サービスを利用することが決まったら、  
支援者に記入例のように記入してもらいましょう。

## ●障害児通所支援事業所・障害福祉サービス事業所等の皆様へ●

サービスの利用を開始する際に、事業所名や利用目的等を記入してください。

お子さんが過去や現在、どのような支援を受けているのかを共有するためのページとなっておりますので、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

### ☐相談支援事業所

事業所名	相談支援事業所 ○○○ 船橋		
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援
担当者	○○ ○○	サービス利用期間	R4年 4月 1日から 年 月 日
サービス内容・ 利用目的等	障害児支援利用計画の作成、支援調整		

終了日が決  
まったら記入  
してください

事業所名			
サービス種別	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援
担当者		サービス利用期間	年 月 日から 年 月 日
サービス内容・ 利用目的等			



# 年表

お子さんだけの年表を作成しましょう。

記入項目は自由に設定できます。

最後のページは 18 歳以降も作成できるようになっています。

年表を作る中で思い出したことは、「支援者に知ってほしいこと」等のページに記入しましょう。

(記入例)

	2022.4	2023	2024	2025
日付				
年齢	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳

日付を記入しましょう。年だけでも OK です。

・お子さんの様子  
・環境の変化  
・支援の内容  
・思い出  
等の好きな項目を記入してください。

・毎年書く必要はありません。  
・イラストや写真を挿入することもできます。  
・記入項目はページごとに変えることも可能です。  
オリジナルの年表を作りましょう。

0 歳

から

3 歳

まで

●自由記入欄●

年表以外のこと  
や詳細に書きたいことを自由に  
書きましょう

	2019.10	2020.10	2021.10	2022.10
日付				
年齢	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳
環境の変化		2021.4 市内転居		2022.4 療育に通い始める  2022.4 保育園に通い始める
支援の内容		他のページで分かることは記入を省略・簡略化することもできます		★★教室で、集団療育を受け始める。週に2回、SSTを中心とした支援。
思い出	生まれる 	 初めてのお誕生日会		入園式  遠足