（　　　　）歳の自分　（　　　　　年　　　月現在）

　 ☆ 支 え て く れ る 場 所 や 人 た ち ☆

■所属先や医療・福祉サービスなどの支援■

　★関係機関の名称や住所、連絡先、担当者名などを記入しましょう

 ●所属機関（園・学校など） 　　　　　●医療機関

 ●保健・福祉機関 ●その他の支援機関

 （相談機関・ＮＰＯなど）



 ● ●

 　自　分

 ● ●

★日常生活の中で、本人がよく行くところ、お世話になっている方なども記入しましょう

　　☆ 　　 支 　援 　の 　連 　絡 　帳 　　 ☆

■支援から支援へ■

　★他の機関に伝えたいこと・お願いしたいことなどを記入しておきましょう

|  |  |
| --- | --- |
| 宛先 |  |
| 支援機関名 |  |
| 記録者（職種） |  |
| 連絡内容（　　　年　　　月　　　日） |
| 宛先 |  |
| 支援機関名 |  |
| 記録者（職種） |  |
| 連絡内容（ 　　　年　　　月　　　日） |
| 宛先 |  |
| 支援機関名 |  |
| 記録者（職種） |  |
| 連絡内容（　　　年　　　月　　　日） |

　 ☆ 　　 受　診　歴　・　検　査　歴　の　記　録　　 ☆

 ★受けた検査名とその結果、または診断された診断名とその対処結果などを記入しましょう

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 年齢 | 機関名（病院等） | 受診・検査等の結果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　 　　　　☆ 　 療　育　・　相　談　の　記　録　　☆

 ★受けた療育（言語・心理など）や相談（就学相談・発達相談など）を自由に記入しましょう

|  |
| --- |
| 　●日　時　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　歳　　　ヶ月） |
|  ●機関名 ●担当者 |
|  ●主な相談内容、受けたアドバイス |

|  |
| --- |
| 　●日　時　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　歳　　　ヶ月） |
|  ●機関名 ●担当者 |
|  ●主な相談内容、受けたアドバイス |

|  |
| --- |
| 　●日　時　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　歳　　　ヶ月） |
|  ●機関名 ●担当者 |
|  ●主な相談内容、受けたアドバイス |

 　　　☆　個　別　支　援　会　議　等　の　記　録 　☆

★お子さんの支援等について話し合ったことを記入しておきましょう

|  |
| --- |
| ★開催日　　　　　　年　　　月　　　日（　　歳　　ヶ月） |
| ★会　場 |
| ★参加者（職種） |
| ★記　録 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ★開催日　　　　　　年　　　月　　　日（　　歳　　ヶ月） |  |
| ★会　場 |
| ★参加者（職種） |
| ★記　録 |
|
|  |  |  |

 　　☆ 職 業 訓 練 ～ 就 労 に 向 け て ～ 　☆

　★就労に向けた参考資料になるよう、職業訓練の記録や本人の特徴等を整理して残しておきましょう

◆職業訓練・職業体験歴◆

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日・期間 | 訓練場所 | 作業内容 | 感想・評価　等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

◆本人が得意な作業や仕事◆

|  |
| --- |
|  |

◆本人が苦手な作業や仕事◆

|  |
| --- |
|  |

◆希望する職業や作業内容・就労条件◆

|  |
| --- |
|  |

◆取得した資格・免許等◆

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|
|  |  |  |

 ☆ 仕 事 の 記 録 （ 職 歴 ） 　☆

　★福祉就労、一般就労、パート・アルバイト、等の履歴を記入しましょう

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 在　職　期　間 | 会社・機関名 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| （内容・特記事項） |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| （内容・特記事項） |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| （内容・特記事項） |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| （内容・特記事項） |
|
|  |  |  |