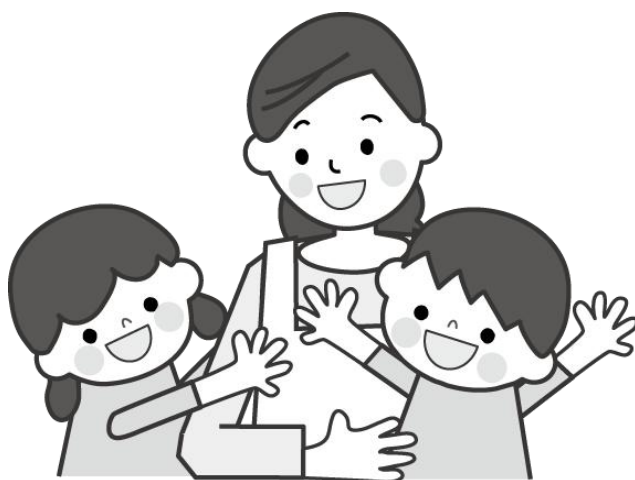


これから先のページは、
必要のある方のみご利用ください。



手帳などの記録



(身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳)

手帳の種類	区分または等級	判定年月日	次回判定予定
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月
		年 月 日	年 月

実習・就労の記録



実習先	仕事の内容	通勤方法	紹介者	備 考 (期間など)
			<福祉サービス> ☐ 利用有り ☐ 利用無し	
			<福祉サービス> ☐ 利用有り ☐ 利用無し	
			<福祉サービス> ☐ 利用有り ☐ 利用無し	
			<福祉サービス> ☐ 利用有り ☐ 利用無し	

就労の情報



就労先の情報	名 称			
	住 所			
	電話番号		採用年月日	年 月 日
	職 種		担 当	
	勤務時間	時 分～ 時 分 休日（ ）		
	給 料	☐ 時給 ☐ 月給	円 円	賞 与 ☐ あり ☐ なし
	備 考			

相談相手	名前・事業所名	電話番号	備 考

福祉サービス	事業所名	サービス内容	備 考

※本人の様子などを各機関に知ってもらいたい時に記入して、コピーをお渡しください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日記入

サポートカード①

	生年月日 年 月 日
--	---------------------------

本人の特徴		
好きなこと		
得意なこと		
嫌いなこと		
苦手なこと		
コミュニケーション	本人から相手に伝える場合	相手から本人に伝える場合
	言語や有無や、伝える手段など	言語や理解度や、有効な伝え方など
食事	☐ 全て自分でできる ☐ 一部支援が必要 ☐ 全て支援が必要 ☐ アレルギー（ ）	
排泄	☐ 全て自分でできる ☐ 一部支援が必要 ☐ 全て支援が必要 ☐ オムツ使用	☐ 和式 ☐ 洋式
着脱	☐ 全て自分でできる ☐ 一部支援が必要 ☐ 全て支援が必要	
健康状況		
服薬		
うちでは こうしています	関わりかたのコツや、混乱した時の配慮など	
メッセージ	特に伝えたいことや願いなど	

緊急連絡先	— —	本人との関係（ ）
-------	--------------------------	--------------------------------

※本人の様子などを各機関に知ってもらいたい時に記入して、コピーをお渡しください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日記入

サポートカード②

氏 名	生年月日 年 月 日
-----	---------------------------

乗り物

現在の状況		支援・配慮のポイント	備 考
バ ス 電 車	☐ ひとりで乗れる ☐ 一部支援が必要 ☐ 全て支援が必要		
	☐ 乗り物酔いする ☐ 乗り物酔いしない		
そ の 他			

買い物

現在の状況		支援・配慮のポイント
支 払	☐ 全て自分でできる ☐ 一部支援が必要 ☐ 全て支援が必要	
	☐ お金の価値がわかる ☐ お金の価値がわからない	
	☐ お金の管理ができる ☐ お金の管理ができない	
その他		

外 食

現在の状況		好きな店やメニュー	支援・配慮のポイント
メ ニ ュ ー の 選 択	☐ 自分で選択 ☐ 一部支援が必要 ☐ 全て支援が必要		
備 考			

※本人の様子などを各機関に知ってもらいたい時に記入して、コピーをお渡しください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日記入

サポートカード③ 健康にかかわること

健康状況		服 薬	症状と配慮のポイント
持病など	☐ てんかん ☐ 心臓病 ☐ ぜんそく ☐ その他 ()		
ギア ー レル			
その他			

体 質	症状と配慮のポイント	症状と配慮のポイント
☐ 吐きやすい ☐ 発熱しやすい ☐ お腹を壊しやすい ☐ 疲れやすい ☐ その他 ()		

かかりつけの医療機関		
_____ 病院 _____ 課	主治医	電話番号
_____ 病院 _____ 課	主治医	電話番号

緊急連絡先	— —	本人との関係 ()
-------	-----	------------

親の願い

親なき後を考えて・・・



本人の生活への願い

親以外でサポートをお願いできる人

氏 名	住 所	電話番号	本人との関係	備 考

財産・相続に関する願い

葬儀・墓・供養に関する願い

<親が亡くなった場合>

<本人が亡くなった場合>