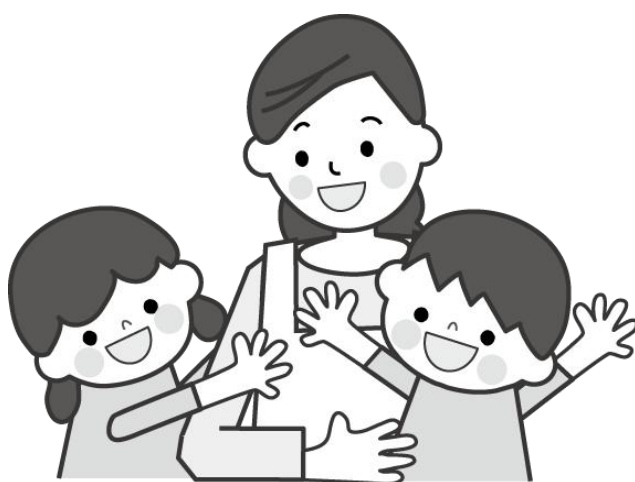


これから先のページは、
必要のある方のみご利用ください。



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> <input type="checkbox"/> 利用有り () <input type="checkbox"/> 利用無し	
			<福祉サービス> <input type="checkbox"/> 利用有り () <input type="checkbox"/> 利用無し	
			<福祉サービス> <input type="checkbox"/> 利用有り () <input type="checkbox"/> 利用無し	
			<福祉サービス> <input type="checkbox"/> 利用有り () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 月給	円 円	賞 与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> 全て支援が必要 <input type="checkbox"/> アレルギー（ ）	
排 泄	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> 全て支援が必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式
着 脱	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ひとりで乗れる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> 全て支援が必要		
	<input type="checkbox"/> 乗り物酔いする <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> 全て支援が必要		
	<input type="checkbox"/> お金の価値がわかる		<input type="checkbox"/> お金の価値がわからない
	<input type="checkbox"/> お金の管理ができる		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自分で選択 <input type="checkbox"/> 一部支援が必要 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ()		
ギア ー し る			
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
<input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 発熱しやすい <input type="checkbox"/> お腹を壊しやすい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 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>

--