

さくらシート



小 金 井 市

## さくらシートについて

### 1. さくらシートの目的

このさくらシートは、特別な配慮が必要な方等が、生涯にわたって、安全で安心した生活を送れるように、ライフステージを通じ健康や生活の様子を記録し、必要な時に必要な情報を役立てていただけるように、作成したものです。医療機関や保育園・幼稚園、学校など様々な関係機関を利用する際に、今までのことを何回も尋ねられて、困った経験をお持ちの方も多いためと思います。そんなときにこのさくらシートを見せて伝えることができると便利だと考えて作りました。お子さんの生育歴や今まで受けてきた支援の内容を関係機関の方々に伝えることで、お子さんが一貫した切れ目のない支援を受けられるようにするためのものです。

### 2. さくらシートの使い方

このさくらシートは、基本的には、保護者や本人が持ちます。お子さんの支援の経過や内容を他の支援者に共通理解してもらうときに持参したり、また、そこで受けた支援内容を記入したりすることができるようにするためです。記入については、記入例を参考にしてください。初めからすべてのページに記入する必要はありませんし、すべての項目を埋める必要もありません。支援が行われていく中で、支援者が共通して理解しておくことが必要と思われる時に、保護者、本人又は支援者によって記入していきます。

### 3. 本人・保護者の方へ

このさくらシートは、本人・保護者の同意を得た上で、各関係機関が写しを保管させていただく場合もあります。さくらシートの内容は、大変重要な個人情報ですので、大切に扱ってください。お子さんの成長過程では、いろいろな問題にぶつかるかもしれませんが、このさくらシートを使って、一人で抱え込まずに相談ができるとよいと思います。

#### 4. 園・学校、関係機関の方へ

このさくらシートは、記入や保管は保護者・本人が行うことが原則ですが、内容によっては関係する方々のアドバイスが必要となる場合もあるかと思えます。その際には、可能な範囲でアドバイスしていただきますようお願いいたします。

#### 5. その他

このさくらシートの用紙は、市自立生活支援課のホームページからダウンロードできます。必要な用紙をダウンロードして、ファイルに継ぎ足してください。紙ベースで保管する際は、シートにインデックスなどで見出しをつけておくと便利です。また、ダウンロードしたシートに直接入力することも可能です。

#### 【配布・問合せ先】

〒184-8504

小金井市本町6-6-3

小金井市福祉保健部 自立生活支援課 相談支援係

電 話 (042) 387-9841

FAX (042) 384-2524

【シートの種類及び内容等一覧表】

区分	No.	シート名	内 容	備考
共通・基本	1	フェイスシート	本人、保護者の基本情報、家族構成	
	2	既往歴 (病気などの記録)	感染症、予防接種、かかった時期、病状・合併症、入院を伴う大きな病気、ケガなどについて	
	3	医療情報・薬	常用薬、服用状況、配慮すること、飲んではいけない薬、かかりつけの薬局	
	4	医療情報	診断名、症状、医療機関名などについて	
	5	相談・検査の履歴	主に発達に関する相談・検査を行った機関名、実施日、内容、結果について	
乳幼児期	6	わたしの年表 乳幼児期	保育園、幼稚園、通所施設、病院、療育相談機関について 好きなこと、習いごとなどについて	※0歳～6歳児用のシートです。
	7	生い立ち	出産前、出産時の状況や発達の状況、定期健診の受診状況について	
	8	1歳6か月の姿	運動・感覚、意思疎通の方法、対人関係、行動特徴、基本的な生活習慣、1歳6か月健診の受診状況	
	9	3歳の姿	運動・感覚、意思疎通の方法、対人関係、行動特徴、基本的な生活習慣、3歳児健診の受診状況	
	10	5歳の姿	運動・感覚、意思疎通の方法、対人関係、行動特徴、基本的な生活習慣	※参考シート(行動評価SDQチェックシート)あり
学齢期	11	わたしの年表 学齢期	所属(学校、通所施設など)、病院、療育相談機関などについて 好きなこと、習いごとなどについて	※6歳～18歳の方用のシートです。
	12	小・中学校( ) 年生シート	担任の氏名、保護者・本人の希望、学校等について 生活習慣、学習、友人関係、運動機能面等について	
	13	わたしの生活地図～ ( )年生	よく行く場所、学校、放課後・余暇、友達・仲間、支援者、家族・親族、相談・緊急時避難場所等	※小・中・高校・大学・専門高校生共通のシートです。
高校・大学・他	11	わたしの年表 学齢期	所属(学校、通所施設など)、病院、療育相談機関などについて 好きなこと、習いごとなどについて	※6歳～18歳の方用のシートです。
	14	わたしの年表 青年期	所属(学校、勤務先、通所施設など)、病院、相談機関などについて 余暇活動、趣味などについて	※19歳～29歳の方用のシートです。
	15	高校・大学( ) 年生、専門学校( ) 年生シート	担任の氏名、保護者・本人の希望、教育相談、校外教育相談機関等 生活習慣、学習、友人関係、運動機能面等	
	13	わたしの生活地図～ ( )年生	よく行く場所、学校、放課後・余暇、友達・仲間、支援者、家族・親族、相談・緊急時避難場所等	※小・中・高校・大学・専門高校生共通のシートです。
成人期	14	わたしの年表 青年期	所属(学校、勤務先、通所施設など)、病院、相談機関などについて 余暇活動、趣味などについて	※19歳～29歳の方用のシートです。
	16	わたしの年表 ( )歳代	所属(勤務先、通所施設など)、病院、相談機関などについて 余暇活動、趣味などについて	※30歳代～60歳代の方、共通のシートです。
	17	わたしの年表 70歳～	所属(通所施設など)、病院、相談機関などについて 余暇活動、趣味などについて	※70歳以上の方、共通のシートです。
	18	成人期の生活状況	居住場所、主な移動手段、日常生活、本人の願いや目標、主な日中活動、余暇活動、趣味・特技等	
	19	成人期のアセスメントシート①	食生活、清潔保持、健康管理、作業能力、理解の仕方、時間、対人関係、交通手段、住まい、社会資源の活用等	
	20	成人期のアセスメントシート②	身体的側面、精神的側面(最近受けた知能検査、神経検査について)本人の特性等	
	21	成人期のアセスメントシート③	日常生活動作、知的な判断能力、コミュニケーション、移動する力、身辺管理の力等	※一人暮らしを想定した記入シートです。
22	就労の記録	就労先、住所、連絡先、雇用形態、報酬、移動手段、主な業務内容、業務遂行上の課題、支援・配慮事項等		

区分	No.	シート名	内 容	備考
成人期	23	職業訓練の記録	訓練先、住所、連絡先、指導者、居住場所、移動手段、本人の就労への願い、主な訓練内容、指導目標・課題等	
	24	わたしの生活地図～成人期	よく行く場所、通所施設、職場、余暇活動、友達・仲間、支援者、成年後見人、相談先・緊急時避難場所等	
その他・選択	25	福祉情報	持っている手帳、福祉サービス受給者証、診断の内容、医療補助、受給している手当、福祉サービス利用状況等	※主に身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方が使用するシートです。
	26	特別な医療や処置	エピペン、インスリン注射、点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置等 使用している医療・処置の機器 安全な処置や対応のための留意事項	
	27	感覚に関する情報	まひの有無、視覚、聴覚、触覚、臭覚、味覚、補装具・日常生活用具等について	
	28	移動・運動に関する情報	姿勢保持、姿勢変換、上肢の動き、下肢の動き、移動、使用している補助的機器等について	
	29	食事介助について	摂食介助、食事療法、とろみ、嚥下（えんげ）障害、そしゃく、補食等について	
	30	アレルギー疾患用	食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支ぜん息について	
	31	医療機関での検査の履歴	検査の名称、機関名、実施日、結果について	※主に医療機関で行った検査(発達に関する検査を除く。)について、記入するシートです。
32	サポートシート	行事名、かかわり方と留意点、性格・特徴、社会性・コミュニケーション、好きなこと、嫌いなこと等について	※学校行事への参加等、保護者が本人に関われない場面で、サポートしていただく方に知っておいてほしいことについて記入するシートです。	

## 個別支援シート(フェイスシート)

記入日 年 月 日

本人	ふりがな		本人がわかる呼び方	血液型
	氏名	年 月 日生まれ 男・女		型
	住所	〒 電話番号( ) — 携帯電話( ) —		
	住所 (変更)	〒 電話番号( ) — 携帯電話( ) —		
緊急連絡先	ふりがな			
	氏名	年 月 日生まれ	続柄( )	年 月 日生まれ
	住所	・本人と一緒に 住居(下記へ住所記入) 〒 電話番号( ) — 携帯電話( ) —	・本人と一緒に 住居(下記へ住所記入) 〒 電話番号( ) — 携帯電話( ) —	
	勤務先	電話番号( ) —		
家族状況	続柄	氏名	生年月日	備考
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

## 既往歴(病気などの記録)

感染症・予防接種

記入日 年 月 日

病名・種目	予防接種	既往の有無	かかった時期	病状・合併症など
結核(B・C・G)	済 ・ 未	なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
急性灰白髄炎(ポリオ)	済 ・ 未	なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
三種混合(百日せき・ジフテリア・破傷風)	済 ・ 未	なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
ジフテリア・破傷風混合	済 ・ 未	なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)混合	済 ・ 未	なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
日本脳炎	済 ・ 未	なし ・ あり	年 月 日 歳頃	
			年 月 日 歳頃	
			年 月 日 歳頃	
			年 月 日 歳頃	
			年 月 日 歳頃	
			年 月 日 歳頃	
			年 月 日 歳頃	

※予防接種は母子手帳を参照

入院を伴う大きな病気、ケガなど(入院、通院、手術などが必要なもの)

病名	かかった時期	医療機関	備考			
			通院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
	年 月 日	医療機関名	入院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			手術	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			その他			
	( 歳頃)	医師名	その他			
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			入院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			手術	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
	( 歳頃)	医師名	その他			
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			入院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			手術	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
	( 歳頃)	医師名	その他			
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			入院	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
			手術	なし・あり	年 月 日～	年 月 日
	( 歳頃)	医師名	その他			

病名	かかった時期	医療機関	備考							
			通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							
	年 月 日	医療機関名	通院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			入院	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
			手術	なし・あり	年	月	日～	年	月	日
	( 歳頃)	医師名	その他							



## 医療情報・薬

常用薬

記入日 年 月 日

薬名(処方期間)	薬効など(薬の効果・副作用など)	服用状況・配慮すること	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		飲み方・飲ませ方	

飲んではいけない薬(アレルギーなど) ( なし ・ あり )

薬名	どんな薬	服用した時の状態

かかりつけの薬局

薬 局 名	電 話

## 医療情報

日 記入日 年 月 日

診断名	症状		
	医療機関名	TEL:	主治医
診断名	症状		
	医療機関名	TEL:	主治医
診断名	症状		
	医療機関名	TEL:	主治医
診断名	症状		
	医療機関名	TEL:	主治医
診断名	症状		
	医療機関名	TEL:	主治医

※詳細内容(カルテの写し等)がある場合には、一緒に綴じてください。



## わたしの年表～乳幼児期

西暦 (年号)	年齢	所属 (幼稚園・保育園・通所施設など)	病院・療育相談機関など
	0		
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

## わたしの年表～乳幼児期

西暦 (年号)	年齢	好きなこと・興味があること・習いごとなど	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	0		
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

## 個別支援シート 生い立ち

記入日 年 月 日

<b>【出産前】</b>			
妊娠中に気になったこと			
<b>【出産時】</b>			
誕生日	年 月 日	出産時のお母さんの年齢	歳
出産した場所			
分娩経過	頭位・骨盤位 吸引・ <sup>カンシ</sup> 鉗子分娩 帝王切開（理由 _____） <small>サイタイケンラク</small> 臍帯巻絡 <small>ヨウスイコンダク</small> 羊水混濁 <small>センエン</small> 遷延分娩(24時間以上) 多量出血(500ml以上)		
出産状況	在胎週数( )週 ( )日 出生体重( )g 身長( )cm 胸囲( )cm 頭囲( )cm 単胎・双胎		
黄疸	なし・普通・強（光線療法 _____ 時間・交換輸血）		
早期新生児期	仮死(－・＋) アプガー _____ 点( )分（酸素・人工呼吸器・保育器）		
運動発達	首のすわり( )か月 寝返り( )か月 おすわり( )か月 ハイハイ( )か月 つかまり立ち( )か月 ひとり歩き( )か月		
情緒発達	人をみて笑う( )か月 人見知り( )か月 後追い( )か月		
言語発達	なん語( )か月 始語( )か月 二語文( )か月		
けいれん	なし・あり（無熱・有熱 _____ 回） _____ 歳 _____ か月		
定期健診	<受診状況> 3～4か月(済・未) 6～7か月(済・未) 9～10か月(済・未)		
備考			

## 個別支援シート 1歳6か月の姿

※該当項目に○を付ける

記入日 年 月 日

運動発達	上手に歩けない(転ぶ・よろめくなど) ・ つま先歩きをする ・ くるくる回ったりすることがある 片手をひけば階段がのぼれる ・ 積み木を2つ3つ積み重ねられる ・ 鉛筆などをもって、なぐり書きをする		
感覚(音・光・接触等)	特定の音を嫌がる ・ きらきら光るものにこだわりがある ・ 身体に触れられることを嫌がる 突然の音に不安になったり、耳ふさぎをしたりすることがある ・ その他( )		
意思疎通	要求の伝え方	泣いて訴える ・ 指さし ・ 大人の手を取って ・ 身振り ・ 言葉	
	話しことば	発声のみ ・ 単語 ・ 2語文	
	どんな言葉を話しますか？		
対人関係	視線が 合わない ・ 合う		
	友達に 興味ない ・ ある		
	遊び方 一人遊び ・ 並行遊び ・ やり取り遊び		
	好きな遊び		
行動特徴	じっとしていることが難しい ・ こだわりがある ・ かんしゃくが強い ・ 自分を傷つける ・ 人を傷つける		
基本的 生活習慣	食事	食べ方 全部大人に食べさせてもらう ・ 手づかみ ・ フォーク ・ スプーン ・ その他	
		飲み方 介助が必要 ・ ストローで飲める ・ コップで飲める	
		好き嫌い (なし ・ あり)	好きな食べ物
			嫌いな食べ物
	睡眠	起床( )時 就寝( )時 目覚め(良 ・ 悪) 寝つき(良 ・ 悪)	
		昼寝 いつも ・ 時々 ・ しない	
自宅での様子や環境など工夫していること		1歳6か月健診 (済 ・ 未) 助言・指摘内容	

## 個別支援シート 3歳の姿

※該当項目に○を付ける

記入日 年 月 日

運動発達	上手に走ることができない・手すりを使わずに交互に足を出して、階段をあがれる 両足で前に跳ぶことができない・片足で少しの間(2~3秒)立っていることができる		
感覚(音・光・接触等)	感覚(音、におい、触覚)に敏感である( ) 特定の音を嫌がる( )・光に敏感である( )		
意思疎通	要求の伝え方	泣いて訴える・指さし・大人の手を取って・身振り・言葉	
	話しことば	発声のみ・単語・2語文・3語文以上	
	会話	成立しない・成立する その他( )	
	発音	不明瞭・明瞭	
対人関係	視線が合う・呼びかけに反応・同じ年の友達に興味を示す・友達と一緒に遊ぶ		
	遊び方 一人遊び・並行遊び・やり取り遊び・ごっこ遊び		
	好きな遊び・得意なこと・苦手なことなど		
行動特徴	じっとしていることが難しい・こだわりがある・かんしゃくが強い・自分を傷つける・人を傷つける		
基本的 生活習慣	食事	食べ方 全部大人に食べさせてもらう・手づかみ・フォーク・スプーン・その他	
		飲み方 介助が必要・ストローで飲める・コップで飲める	
		好き嫌い(なし・あり)	好きな食べ物
			嫌いな食べ物
	着脱	脱衣 全部やってもらう・できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下)	
		着衣 全部やってもらう・できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下)	
	排泄	オムツ・一部自立(失禁後教える・時間誘導で排泄・ )・自立・その他( )	
	睡眠	起床( )時 就寝( )時 目覚め(良・悪) 寝つき(良・悪)	
昼寝 いつも・時々・しない			
自宅での様子や環境など工夫していること		3歳児健診(済・未)	
		助言・指摘内容	



## 個別支援シート 5歳の姿

※該当項目に○を付ける

記入日 年 月 日

運動発達	転びやすい、バランスが悪いと感じることがある・鉄棒での前回りができる・ブランコに乗れる	
感覚	特定の音を嫌う・においに敏感・特定の手触りを好む、同じ服を着たがる・光に敏感である 手をつなぐことを嫌がる・横目で見ると見方が変わっている・痛みに敏感、鈍感	
意思疎通	要求の伝え方	泣いて訴える・指さし・大人の手を取って・身振り・言葉
	話しことば	発声のみ・単語・2語文・3語文以上
	会話	成立しない・成立する その他( )
	発音	不明瞭・明瞭
	指示の理解	言葉の指示では難しい・簡単な指示に従える
対人関係	視線が合う・呼びかけに反応・同じ年の友達に興味を示す・友達と一緒に遊ぶ	
	遊び方 一人遊び・並行遊び・やり取り遊び・ごっこ遊び・ルールのある遊び	
	好きな遊び・得意なこと・苦手なことなど	
行動特徴	こだわりがある・かんしゃくが強い・自分を傷つける・人を傷つける 興味が湧くと周囲の状況に関係なく行動する・危険を避けられない クラスの中にいられない・クラスにえられる・集会で着席できる	
基本的 生活習慣	食事	食べ方 全部大人に食べさせてもらう・手づかみ・フォーク・スプーン・その他
		飲み方 介助が必要・ストローで飲める・コップで飲める
	好き嫌い(なし・あり)	好きな食べ物
		嫌いな食べ物
着脱	脱衣	できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下)・全部やってもらう
	着衣	できる(パンツ・ズボン・Tシャツ・上着・靴下)・全部やってもらう
	排泄	オムツ・一部自立(失禁後教える・時間誘導で排泄・ )・自立・その他( )
	睡眠	起床( )時 就寝( )時 目覚め(良・悪) 寝つき(良・悪)
昼寝		いつも・時々・しない
自宅での様子や環境など工夫していること		

※この他に、4～5歳児のお子さんを対象とした参考シート「行動評価SDQチェックシート」もございます。  
このシートにつきましては、ご希望の方にのみお渡ししておりますので、お手数ですが別途お問い合わせください。





## 小・中学校( )年生シート

記入日 年 月 日

担任の氏名			
保護者の希望			
本人の希望			
通級指導学級( )学級	年 月 日～	担当者名	
スクールカウンセラー対応	なし・あり	カウンセラー名	
教育相談 なし・あり(校内 校外)	教育相談担当者名		
校外教育相談機関	児童発達支援センター・障害者福祉センター・その他( )		

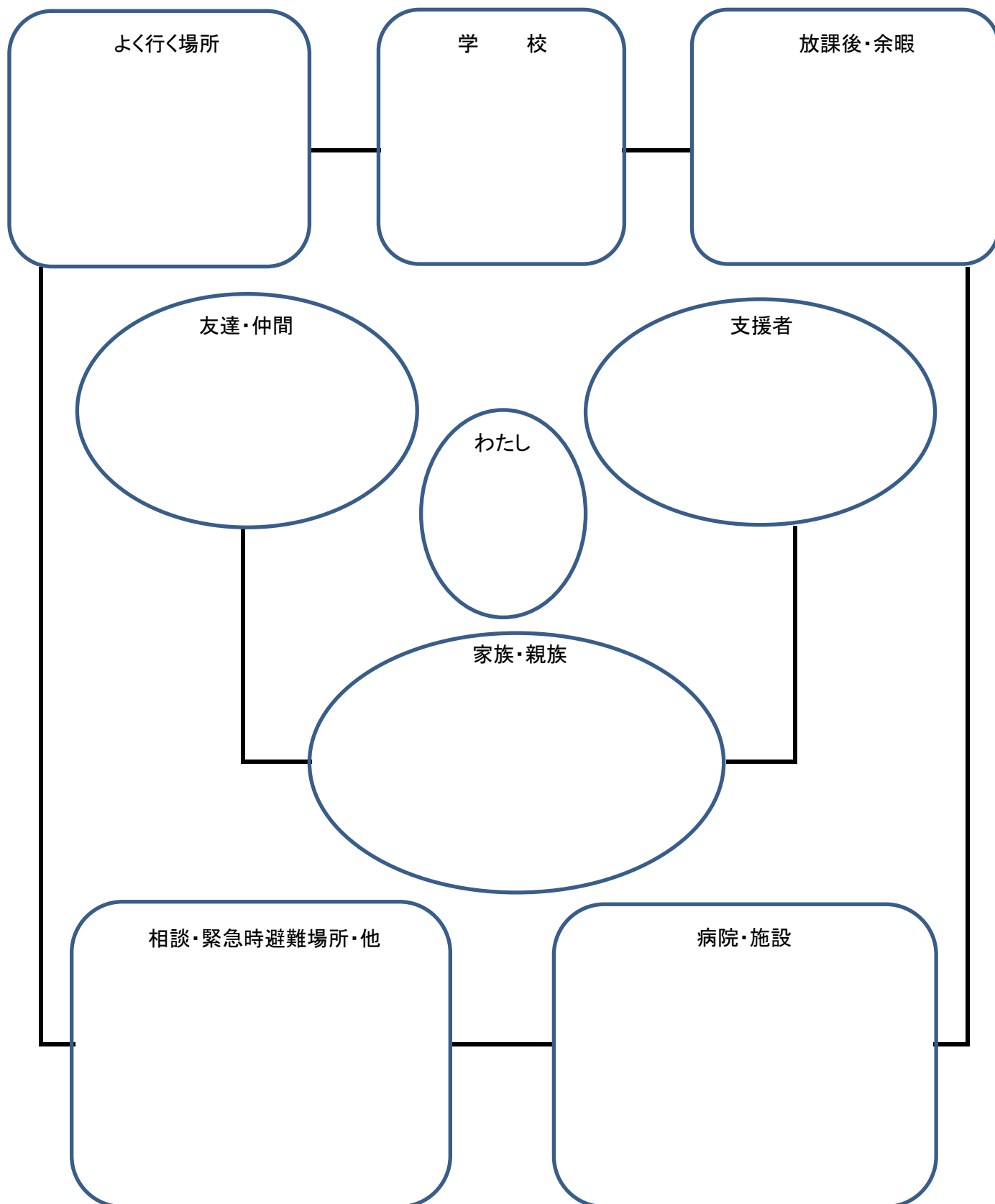
項目	良いところ・伸ばしたいところ	気になるところ・支援してほしいところ
生活習慣		
学習		
友人関係 (人との関わり)		
運動機能面		
登下校時の様子		
学校外での集団活動		
家庭での様子		
その他		

～生活の記録～ 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください

年 月 日	出 来 事

わたしの生活地図～( )年生

記入日 年 月 日



## わたしの年表～青年期

西暦 (年号)	年齢	所属 (学校・勤務先・通所施設など)	病院・相談機関など
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		

## わたしの年表～青年期

西暦 (年号)	年齢	余暇活動・趣味など	生育状況や本人を取り巻く環境の大きな できごとなど
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		



高校・大学( )年生シート

専門学校( )年生シート

記入日 年 月 日

担任の氏名		
保護者の希望		
本人の希望		
教育相談 なし・あり(校内 校外)	教育相談担当者名	
校外教育相談機関	児童発達支援センター・障害者福祉センター・その他( )	
スクールカウンセラー対応 なし・あり	カウンセラー名	

項目	良いところ・伸ばしたいところ	気になるところ・支援してほしいところ
生活習慣		
学習		
友人関係 (人との関わり)		
運動機能面		
登下校時の様子		
学校外での集団活動		
家庭での様子		
その他		

～生活の記録～ 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください

年 月 日	出 来 事









## 成人期の生活状況

記入日 年 月 日

居住場所	持家(両親等所有・本人所有) 借家(アパート・公営住宅等) 寄宿舍・寮 グループホーム 福祉施設( ) その他( )			
主な移動手段	徒歩 バス その他( )	自転車 電車	バイク 送迎( )	自家用車 タクシー 移動所要時間 ( 時間 分)
日常生活 (身辺自立)	食事	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	洗濯	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	片づけ	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	排泄・排尿	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	衣服の着脱	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	入浴	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	身だしなみ	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	買い物・外出	全面的に支援が必要	部分的に支援	ほぼ自立
	主な支援者			
本人の 願いや目標				
現在困っていること				
主な日中活動	場所			
	内容			
	主な支援者			
余暇活動 趣味・特技				
金銭管理	支援者			

## 成人期のアセスメントシート①

記入日 年 月 日

支援区分		本人の希望	家族の希望	現在困っていること	支援者の役割
食生活					
清潔保持					
健康管理	通院・服薬				
	身体健康管理				
作業能力					
理解の仕方					
時間					
対人関係					
交通手段					
住まい					
社会資源の活用					
経済生活					
就業意欲					
その他					



## 成人期のアセスメントシート②

&lt;身体的側面&gt;

記入日

年

月

日

身長( )cm	体重( )kg	握力 右( ) 左( )
視力 右( ) 矯正( ) / 左( ) 矯正( )		聴力 右( ) 左( )
その他、身体面の特記事項		

&lt;精神的側面&gt;

最近受けた知能検査等結果( )		検査実施日( )	
検査の種類( )		* 判定結果を必ずつけるようにしましょう。	
最近受けた神経検査等結果( )		検査実施日( )	
本人の特性	内向的      社会的 マイペース      明朗 目で見ることが得意 感覚の鋭敏さ(音・触覚等)	頑固      几帳面 慎重      不安が強い 聞く方が得意 その他( )	神経質      まじめ
その他、精神面の特記事項			

## 成人期のアセスメントシート③

※ 一人暮らしを想定して、記入してください。

記入日

年

月

日

区分	内容	全て手助けが必要	一部手助けが必要	手助けをせず、声かけのみでできる	できる	介助の内容
日常生活動作	入浴する					
	排泄する					
	更衣をする					
	身支度を整える					
	整理整頓をする					
知的な判断能力	文字を読む					
	数字の概念を理解する					
	計算をする					
	長さや重さを理解する					
	時間を把握する					
コミュニケーション	挨拶					
	返事が必要なときに返事する					
	何かあったときに報告できる					
	伝言をする					
	電話を利用する					
	礼儀正しく振る舞う					
	わからないことを尋ねる					
	緊急時に援護を求める					

区分	内容	全て手助けが必要	一部手助けが必要	手助けをせず、声かけのみでできる	できる	介助の内容
移動する力	目的地に行き帰ってくる					
	公共交通機関の利用					
	車・自転車の運転					
身辺管理の力	自分の健康を管理する					
	必要なときに病院に行ける					
	決められた規則を守る					
	状況を判断して行動する					
	お金を保管・管理する					
	日常生活上必要な買い物ができる					
	危険物に対して注意する					
仕事をする力	与えられた仕事を最後まで実行する					
	周囲の人の仕事の邪魔をしない					
	責任を認識して仕事をする					
その他本人を知る上で大切なこと						

## 就労の記録

記入日 年 月 日

就労先名称				(代表者)
住所				
連絡先	TEL	FAX		
雇用形態	常勤 1日( )	パート・アルバイト 時間 週( )	その他( ) 日 週休( )日	
報酬	時 給( )円	週 給( )円	月 給( )円	その他( )
移動手段	徒歩 バス その他( )	自転車 電車	バイク 送迎( )	自家用車 タクシー ) 通勤所要時間 ( 時間 分)
主な業務内容				
業務遂行上の課題				
支援・配慮事項				
本人・保護者の希望				
相談・支援機関	機関名		担当者	
	機関名		担当者	
	機関名		担当者	

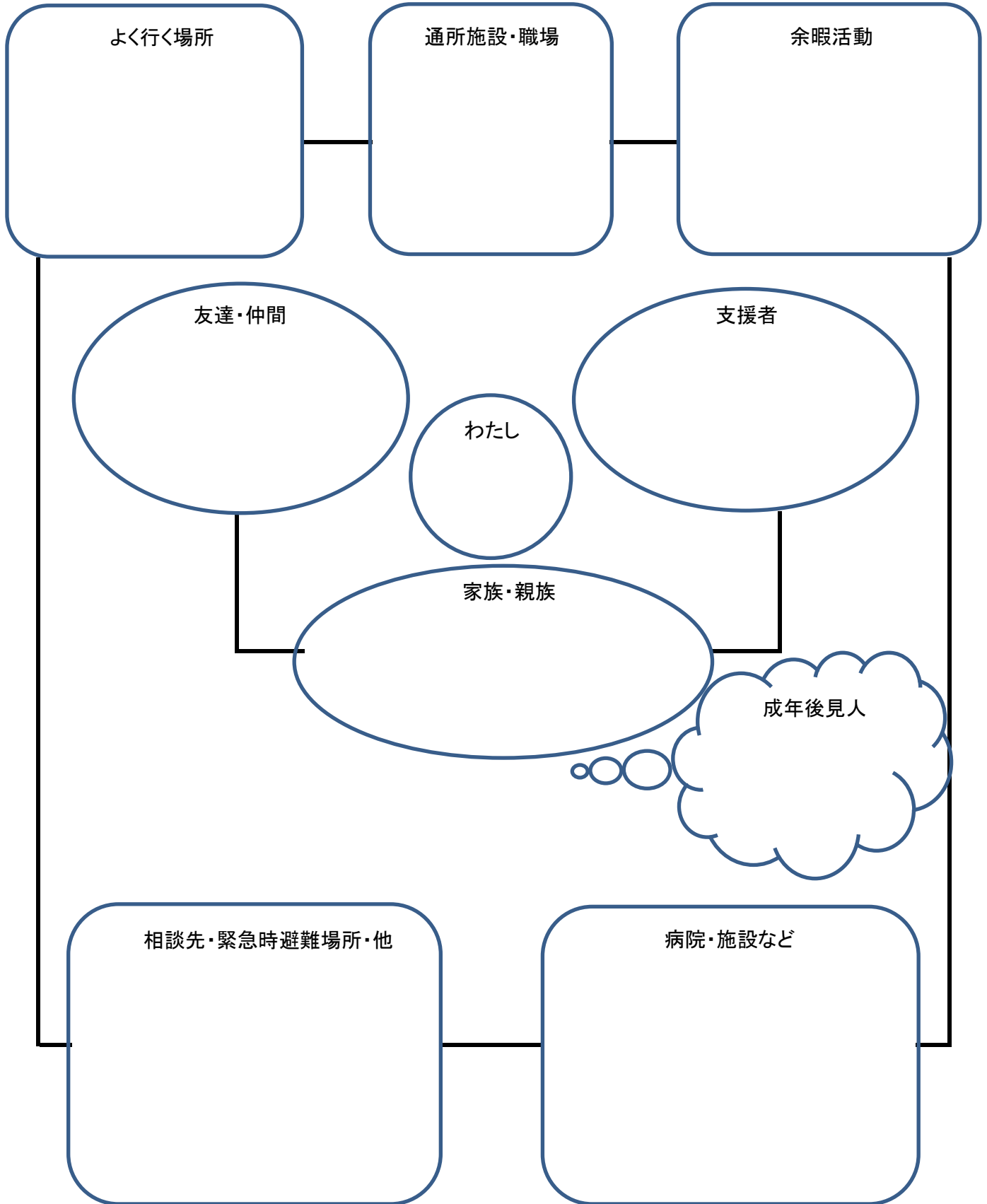
## 職業訓練の記録

記入日 年 月 日

訓練先名称				(代表者)
住所				
連絡先	TEL	FAX		
指導者				
居住場所	持家(両親等所有・本人所有) 借家(アパート・公営住宅等) 寄宿舍・寮 グループホーム 福祉施設( ) その他( )			
移動手段	徒歩 バス その他( )	自転車 電車	バイク 送迎( )	自家用車 タクシー ( ) 移動所要時間 ( 時間 分)
本人の 就労への願い				
保護者の 就労への願い				
主な訓練内容				
指導目標・課題				
支援・配慮事項				
相談・支援機関	機関名		担当者	
	機関名		担当者	
	機関名		担当者	

わたしの生活地図～成人期

記入日 年 月 日



## 福祉情報

※主に次の手帳をお持ちの方に記入していただくシートです。

手帳の種類	等級等	取得日	次回判定年月
身体障害者手帳 (なし・あり)	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他( )		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他( )		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他( )		
愛の手帳 (なし・あり)	度	年 月	年 月
	度	年 月	年 月
	度	年 月	年 月
精神障害者保健福祉手帳 (なし・あり)	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月

## 福祉サービス受給者証

受給時期	区分等	サービスの種類	支給量等
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		
年 月	なし・あり 区分( )		

## 診断の内容

診断名	診断を受けた時期	診断機関	診断内容
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		

## 医療補助

	公費負担者番号	受給者番号
心身障害者(児)医療費受給者証 (なし・あり)		
自立支援医療(育成・更生・精神通院) (なし・あり)		
小児精神障害者入院医療費受給者証 (なし・あり)		

## 受給している手当など

福祉手当	受給の有無	受給期間
特別児童扶養手当	なし・あり	年 月 ~ 年 月
障害児福祉手当	なし・あり	年 月 ~ 年 月
その他( )	なし・あり	年 月 ~ 年 月
その他( )	なし・あり	年 月 ~ 年 月
年金受給		
年金の種類		受給期間
年金 級		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)
年金 級		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)
その他収入		
収入		受給時期
勤労・福祉手当等( )		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)
勤労・福祉手当等( )		年 月 ( 歳) ~ 年 月 ( 歳)

## 福祉サービス利用状況

幼児期		
事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
学齢期		
事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
成人期		
事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	
TEL:	歳 ~ 歳 年 月 ~ 年 月	



## 特別な医療や処置

(定期的に、あるいは頻回に受けているもの)

処置や対応の内容(○をしてください)

記入日 年 月 日

	エピペン		インスリン注射
	点滴の管理		経管栄養(経鼻・胃ろう)
	中心静脈栄養		吸引処置( 回/日 一時的・継続的)
	透析		モニター測定(酸素飽和度 血圧 心拍)
	ストーマの処置		カテーテル(留置・コンドーム型・その他 )
	酸素療法		ジョクソフ褥瘡(床ずれ)
	レスピレーター(人工呼吸器)		体位交換
	気管切開の処置		その他
	トウツウ 疼痛の看護(緩和ケア等)		

## 使用している医療・処置の機器

機器名称	所有	業者名・連絡先
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:
	本人・レンタル レンタル業者名( )	TEL:

## 安全な処置や対応のための留意事項

上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。

## 感覚に関する情報

記入日 年 月 日

項目	所見と特徴	対処方法、配慮すること
まひの有無	なし あり( )	
視 覚		
聴 覚		
触 覚		
臭 覚		
味 覚		
補装具・日常生活用具	補聴器・眼鏡・車椅子・座位保持装置 その他( )	
その他		

## 移動・運動に関する情報

記入日

年

月

日

		立位するとき	座位するとき	床でのすわり
姿勢保持				
		その他		
姿勢変換				
上肢の動き				
下肢の動き				
移動	室内			
	室外			
使用している 補助的機器				
その他				

## 食事介助について

記入日 年 月 日

摂食介助	自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助	
食事療法	なし ・ あり (内容: )	
とろみ	不要 ・ 適度の水分必要 (状態: ) ・ 必要	
エンゲ 嚥下障害	なし ・ あり (状態: )	
そしゃく	問題なし ・ 不十分 (状態: )	
補食(口唇の摂取)	問題なし ・ 不十分 (状態: )	
食事に要する時間	約 分	
食事による疲労	なし ・ あり (程度: )	
摂食時の姿勢	いす ・ 車いす ・ 抱きかかえ ・ その他 (	
好きな食べ物	なし ・ あり ( )	
嫌いな食べ物	なし ・ あり ( )	
摂食時の 配慮事項	痰のからみ	なし ・ あり (状態: )
	咳込み	なし ・ あり (状態: )
	舌の突き出し	なし ・ あり (状態: )
	発作	なし ・ あり (状態: )
	眠気	なし ・ あり (状態: )
	その他	

## アレルギー疾患用

記入日 年 月 日

食物アレルギー (なし・あり)	アナフィラキシー (なし・あり)	1. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)	
		①即時型	備考
		②口腔アレルギー症候群	備考
		③食物依存性運動誘発アナフィラキシー	備考
2. 禁忌食物			
3. その他の配慮、対応について			
アトピー性皮膚炎 (なし・あり)	1. 食物アレルギーの合併 ( なし ・ あり )		
	2. プール指導、長時間の紫外線下での活動等の配慮		
	3. その他の配慮について		
気管支ぜん息 (なし・あり)	1. 運動(体育・部活動等)		
	2. その他の配慮について		



## サポートシート

記入日 年 月 日

氏名		年齢	歳	緊急連絡先	電話番号 ( )	—
----	--	----	---	-------	----------	---

行事 ( ) の時

かかわり方と留意点

性格・特徴など

社会性・コミュニケーションについて

好きなこと・得意なこと

嫌いなこと・苦手なこと

その他







さくらシート

平成25年4月 初版発行

☆ このシートについてわからないことがございましたら、下記までお問い合わせください。

〒184-8504 小金井市本町6-6-3

小金井市福祉保健部自立生活支援課相談支援係

電話 042(387)9841

FAX 042(384)2524

E-mail [s050299@koganei-shi.jp](mailto:s050299@koganei-shi.jp)