



きんたくんサポートファイルについて

ご案内

- サポートファイルは、特別な支援や配慮を必要とする子どもたちが、乳幼児期から成人期までのそれぞれのライフステージで、途切れることなく一貫した支援が受けられることを願って作られたものです。
- このファイルは、保護者と関係機関が連携・協力して、お子様の支援が円滑に行われるように、その特徴・特性やこれまで受けてきた支援の内容などが書き込めるようになっています。
- お子様の成長の過程で、学校・相談機関・サービス事業所などの利用機関が変わっても、このファイルを利用機関に見せることで、お子様の情報はわかりやすく伝わるようになります。

サポートファイルの使い方

- サポートファイルは、お子様の成長の様子や特徴、さらには学びの様子などを書き込むようになっています。保護者や支援者等、ご本人のことをよく知っている人が、書き込みやすいところから、また優先すべき項目から書き始めてください。
(サポートファイルの使用は義務ではありません。)
- 場所・状況・支援の目的に応じて使えるよう、目的ごとのシートに分かれています。必要なシートや項目のみに記入していただき、必要としないシートや項目には記入されなくても結構です。
- 教育委員会で作成される個別教育支援計画など、シートと同内容の他の資料がある場合には、シートに記入する代わりに資料をファイルに挟み込むなど、使いやすいように工夫してご活用ください。
- お子様のライフステージに合わせて、医療・保健・福祉・教育等の支援機関との情報交換のツールとしてご活用ください。
- お子様の成長とともに、記入した内容を書き直したり、書き加えたりすることが必要となりますが、その時には、関係機関の担当者などと一緒にご本人の状況を確認しながらご記入ください。

注意事項

保護者またはご本人へ

- このファイルは、保護者またはご本人が管理・保管してください。大切な個人情報が多く含まれていますので、十分注意してください。
- 支援機関へのファイルの提示や本文コピーの提出等は、保護者またはご本人が判断してください。

関係機関の方へ

- ファイル内の書類をコピーする場合は、必ず保護者またはご本人の承諾を得たうえで、その取り扱いには十分注意してください。
- ファイルから知り得た個人情報の取り扱いについては、十分に注意するようお願いします。
- ファイルの情報は、他の関係機関の方が共有することをご承知おきください。



プロフィール

作成日：平成 年 月 日 記入者：（ ）
 更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 本人の氏名、住所

フリガナ		性別	家族での呼び名	
氏名			生年月日	平成 年 月 日
住所	〒 - -			
電話番号	自宅	- -	携帯	- -

2. 家族の情報

	氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
家族構成			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日

3. 緊急連絡先

緊急連絡先①	氏名		続柄	父 母 祖父 祖母 その他（ ）	
	住所	〒			
	電話番号	自宅	- -	携帯	- -
緊急連絡先②	氏名		続柄	父 母 祖父 祖母 その他（ ）	
	住所	〒			
	電話番号	自宅	- -	携帯	- -

4. 診断の内容

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

5. 手帳

手帳の種類	手帳番号	等級等	交付日	特記事項
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

6. 特筆すべきこと



所属歴

氏名

1. 通園施設、幼稚園、保育所等

在籍期間	在籍時の年齢	園・施設の名称、所在地等
年 月 }		施設名 所在地 TEL 担任
年 月 }		施設名 所在地 TEL 担任
年 月 }		施設名 所在地 TEL 担任
年 月 }		施設名 所在地 TEL 担任

2. 在籍校

		担任	
小学校	学校名	1年	
	所在地	2年	
	TEL	3年	
		4年	
		5年	
		6年	
中学校	学校名	1年	
	所在地	2年	
	TEL	3年	
高等学校	学校名	1年	
	所在地	2年	
	TEL	3年	
大学・専門学校等	学校名	1年	
	所在地	2年	
	TEL	3年	
		4年	

3. 成人期

勤務先等	企業・事業所名 所在地 TEL	—	—
勤務先等	企業・事業所名 所在地 TEL	—	—



出産時と発育の記録

氏名

1. 妊娠期の様子

●妊娠中に異常はありましたか

(

●妊娠中の喫煙 … なし ・ あり ●妊娠中の飲酒 … なし ・ あり

2. 出産の様子

●出産時に異常はありましたか

(

●在胎期間…… (週)

●出生身長…… センチ

●出生体重…… グラム

3. 乳幼児期の様子

●首がすわる…… 歳 か月

●一人で歩く…… 歳 か月

●初めてことばを言う…… 歳 か月

●気になる行動…… 歳 か月

(抱くのを嫌がる・視線が合わない・人見知りがない・指さしがない・偏食がある・
こだわりが強い・よく迷子になる・落ち着きがない・音に敏感である)

4. 健診受診状況

●1か月児健診……受けた (受診機関) ・受けていない
結果……異常なし・その他 ()

●3・4か月児健診……受けた (受診機関) ・受けていない
結果……異常なし・その他 ()

●9・10か月児健診……受けた (受診機関) ・受けていない
結果……異常なし・その他 ()

●1歳6か月児健診……受けた (受診機関) ・受けていない
結果……異常なし・その他 ()

●3歳児健診……受けた (受診機関) ・受けていない
結果……異常なし・その他 ()

5. 健診以外の相談状況

●	歳	相談先:	内容:
●	歳	相談先:	内容:
●	歳	相談先:	内容:
●	歳	相談先:	内容:

6. 既往歴

●入院するような病気・外傷がありましたか

()

●今までにかかった病気もしくは障がいについて医師の診断を受けたことがありますか

……なし・あり

⇒ありの場合 診断名

()

その他、妊娠・出産の様子・発育の様子など特記事項



医療の記録

氏名

1. 主治医

病院名		診療科		医師名	
所在地	〒				
病院名		診療科		医師名	
所在地	〒				
病院名		診療科		医師名	
所在地	〒				

2. 受診歴・治療履歴

年月日	年齢	医療機関名	入院・通院	受診理由・病名	治療内容
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				
年 月 日	歳				

3. 常用薬

薬名（処方期間）	何の薬（処方目的、副作用等）	服用状況（時間や飲み方など）

4. 禁忌薬

薬名		どんな薬	
薬名		どんな薬	
薬名		どんな薬	

5. 受給者証

医療補助	公費負担者番号	受給者番号	特記事項
自立支援医療 (育成・更生・精神通院)			
重度障がい者等 医療受給者証			



個別の教育支援計画

園・所・施設名 ()

作成日：平成 年 月 日 記入者： ()
 更新日：平成 年 月 日 記入者： ()
 更新日：平成 年 月 日 記入者： ()

1. 氏名等

本人	フリガナ		性別	生年月日	平成	年	月	日
	氏名							

2. 在籍園・施設等

在籍期間	在籍時の年齢	園・施設の名称、所在地等
年 月) 年 月		施設名 所在地 TEL 担任
年 月) 年 月		施設名 所在地 TEL 担任
年 月) 年 月		施設名 所在地 TEL 担任
年 月) 年 月		施設名 所在地 TEL 担任

3. 生育歴・療育歴等

乳児期	
幼児期	

4. 健康医療等

	支援者・支援内容等	保護者の願い
主治医 (連絡先)		
医療・ 療育支援		

5. 家庭/地域/余暇/生活等

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
家庭の 様子	家庭支援 友達関係・近隣関係	
就学 の様子	就学関係（連絡先） 就学支援	
余暇 の過 ごし 方	余暇・地域活動（連絡先） 余暇・地域支援	

6. 園生活

実 態	支援内容
健康状態	
運動機能等（姿勢保持/手指動作/移動/感覚）	
コミュニケーション（言語理解/言語表出）	
社会性（情緒/対人関係/ルール/集団参加）	
認知（ことば/文字/数）	
教科	

7. 日常生活

実 態	支援内容
更衣（衣服の着脱）	
排泄（排尿・排便）	
食事	
入浴	
本人の特性（関わる上で、注意すべきこと）	
個別の指導計画（長期目標）	



個別の教育支援計画

川西市立

学校

作成日：平成 年 月 日 記入者：（ ）
更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）
更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 氏名等

本人	フリガナ		性別	生年月日	平成	年	月	日
	氏名							

2. 在籍校

		担任	
小学校	学校名	1年	
	所在地	2年	
		3年	
		4年	
		5年	
	TEL	6年	
中学校	学校名	1年	
	所在地	2年	
		3年	
高等学校等	学校名	1年	
	所在地	2年	
		3年	
	TEL		

3. 生育歴・療育歴等

乳児期	
幼児期	
学齢期	

4. 健康医療等

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
主治医 (連絡先)		
医療・ 療育支援		

5. 家庭/地域/余暇/生活等

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
家庭の 様子	【家庭支援】 【友達関係・近隣関係】	
就学 の様子	【就学関係（連絡先）】 【就学支援】	
余暇 の過 ごし 方	【余暇・地域活動（連絡先）】 【余暇・地域支援】	

6. 進路・就労関係

	支援者・支援内容等	本人/保護者の願い
進路・ 就労	【進路・就労関係（連絡先）】 【進路・就労支援】	

7. 学校生活

実 態	支援内容
【健康状態】	
【運動機能等（姿勢保持/手指動作/移動/感覚）】	
【コミュニケーション（言語理解/言語表出）】	
【社会性（情緒/対人関係/ルール/集団参加）】	
【認知（ことば/文字/数）】	
【教科】	

8. 日常生活

実 態	支援内容
【更衣（衣服の着脱）】	
【排泄（排尿・排便）】	
【食事】	
【入浴】	
【本人の特性（関わる上で、注意すべきこと）】	
【個別の指導計画（長期目標）】	



福祉サービス利用の記録

作成日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 氏名、手帳や受給者証等

本人	フリガナ		性別		生年月日	平成	年	月	日
	氏名								

手帳	身体療育精神	第	号	種別等級	種	級	交付年月日		有効期限	
----	--------	---	---	------	---	---	-------	--	------	--

2. 補装具、日常生活用具の記録

補装具・日常生活用具名	判定年月日（意見書）	交付・修理年月日	業者名・担当者・連絡先
	年 月 日	交付 . .	担当者 TEL
		修理 . .	
	年 月 日	交付 . .	担当者 TEL
		修理 . .	
	年 月 日	交付 . .	担当者 TEL
		修理 . .	
	年 月 日	交付 . .	担当者 TEL
		修理 . .	

3. サービス利用の記録

サービスの種類	利用期間	サービス事業所	サービス内容
	年 月 日	担当者 TEL	
	年 月 日		
	年 月 日	担当者 TEL	
	年 月 日		
	年 月 日	担当者 TEL	
	年 月 日		
	年 月 日	担当者 TEL	
	年 月 日		

	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	
	年 月 日 }	担当者 TEL	

4. 年金・保険・公的扶助等

障害基礎年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
障害厚生年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
障害共済年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
特別障害者給付金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
障害年金 (労災)	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
遺族基礎年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
遺族厚生年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
遺族共済年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
老齢基礎年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
老齢厚生年金	級	円 (年額)	申請時に関わった医療機関
特別児童扶養手当	級	円 (月額)	申請時に関わった医療機関
特別障害者手当	級	円 (月額)	申請時に関わった医療機関
障害児福祉手当	級	円 (月額)	申請時に関わった医療機関
経過的福祉手当	級	円 (月額)	申請時に関わった医療機関
介護手当		円 (月額)	申請時に関わった医療機関
公的扶助		円 (月額)	申請時に関わった医療機関
		円	申請時に関わった医療機関



就労支援記録

作成日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

更新日：平成 年 月 日 記入者：（ ）

1. 本人氏名等

フリガナ					性別				
氏名					生年月日	平成	年	月	日
住所	〒	—	—	—	携帯	—	—	—	
緊急連絡先	自宅	—	—	—	携帯	—	—	—	
	自宅	—	—	—	携帯	—	—	—	
手帳	身体療育精神	第	号	種別等級	種	級	交付年月日	有効期限	
障がいの状況									
障害支援区分	区分		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					

2. 健康状態

通院	有 ・ 無	頻度	回/月・週
病院名		主治医名	
服薬	有 ・ 無	薬品名	
主治医の許可	有 ・ 無		

3. 就労情報

ハローワークの求職登録	有 ・ 無 ()	
職業評価	平成 年 月 日	重度判定 (有 ・ 無)

就労期間	事業所名	仕事内容	離職理由
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

4. 実習先

事業所名	期 間	職 種	その他
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

5. トライアル雇用

期間	事業所名	仕事内容	備考
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

6. 年金等加入履歴

国民年金（年金番号）		加入履歴	年 月 日 ~ 年 月 日
厚生年金（年金番号）		加入履歴	年 月 日 ~ 年 月 日
共済年金（年金番号）		加入履歴	年 月 日 ~ 年 月 日
雇用保険被保険者番号		加入履歴	年 月 日 ~ 年 月 日

7. 年金等受給状況

年金・手当の名称	等級	受給額
	級	円（年額・月額）
	級	円（年額・月額）
	級	円（年額・月額）

8. 学歴・職歴・資格等

年	月	学歴・職歴
年	月	免許・資格

9. 生活

【生活歴・病歴・障がい歴】

【家族歴等 特記すべきこと】

【本人の希望する暮らし】

【家族の希望する暮らし】

【備考】

10. 生活状況

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス	

