

サポートノートとは

『サポートノート』とは、自分の人生の記録を書き込んでいくノートです。

産まれたときの様子や、かかった病気、その年齢時期のパーソナリティを記録していって下さい。

周りの人に自分のことを知ってもらうことが1番の目的です。

内部障害児を主体としての記録項目考えましたが、健康な方にも緊急時対応や、人生を振り返るときの『私の足跡ノート』として活用して頂けると幸いです。

なぜこれが必要なのか

* 震災、突然の体調の急変、普段ケアしている人がケアできなくなったなどの緊急時、このノートを見て対応してもらうことができます。
* 就園・就学時の園・学校への交渉の時、ノートを使用して病状の説明をすることができます。

園・学校生活について話し合っていくための情報項目を書く欄も用意しています。

* 成長したとき、記憶にはないけれど、自分の体のこと、今までの性格が分かる。

どうやって使うのか

まずは、普段の生活をノートに書いてみましょう！

体調の変化、進学などで生活に変化があったときは、ノートを更新してください。

生活は変わってないかな？と思うときでも1年に1度、ノートを見直してみると、昔のことを思い出すことができますよ！

私たちの想い

内部障害を持つお子さんは、日常のケアも多く、手術や検査することも多々あり、生活リズムの変化も大きいです。

また、病状や複雑な医療行為について他者に理解してもらうことも難しいです。

そのため、内部障害を持つお子さんの緊急時対応や、就園就学時の園・学校・医療関係者への説明ノートとして「サポートノート」を作りました。

内部障害児は、小さい頃は保護者が体調管理や医療ケアを行っています。

その行為もゆくゆくは自分で管理しないといけなくなります。そのとき、今までどのような処置をしてきたのか、自分の生活・体の変化を知ることが自己管理の第1歩だと考えます。

自分自身・お子さんのためにもぜひ『サポートノート』を使ってみて下さい。



目　次

１．本人や周囲の情報

①基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P４

②家系図・関係図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P４

③緊急連絡・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５

④病院関係・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６

⑤その他の関わり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P７

⑥保険証・手帳・医療証

1. 健康保険証の情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P８
2. 手帳の情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P８
3. 医療証の情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P８

２．経過の情報

①出産の状態・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P９

②乳幼児期検診・発達の記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１０

③予防接種と感染症の記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１１．１２

④時系列シート【在園・在学中の記録】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１３

３．今の生活

①パーソナリティー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１４

②１週間の過ごし方・処置の時間

1. 1週間のタイムスケジュール・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１５
2. 外出時に携帯する物・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１６

４．医療の情報

①障害・疾患について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P１７－２０

②検査・治療・入院記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P２１．２２

③常用薬の情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P２３

④医療的ケアの情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P２４．２５

⑤心理検査履歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P２６

５．保育/教育現場での情報

　　＜就園時用シート＞

①医師からの診断書・意見書など・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P２７－２９

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項・・・・・・・・・P３０

③生活面での注意点・介助に関する情報・・・・・・・P３１－３３

④医療的ケア依頼書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P３４

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P３５

⑥保育園・幼稚園から小学校へ引き継ぎ事項

1. 園での生活と、引き継ぎ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P３６
2. 小学校生活で必要だと思う支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P３６－３８
3. 入学式で必要な指導及び支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P３９
4. 就学後2カ月程度必要な指導及び支援の内容・・・・・・・・・・・・・・・・P３９
5. その他申し送り・・・・・・・P３９

＜就学用シート＞

①医師からの診断書・意見書など・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P４０－４３

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項・・・・・・・・・P４４

③生活面での注意点・介助に関する情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P４５－４７

④医療的ケア依頼書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P４８

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P４９

⑥小学校から中学校へ引き継ぎ事項

　　　　　　　　　　Ⅰ．小学校での生活・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５０

Ⅱ．学習の様子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５０．５１

Ⅲ．小学校で伸びたところ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５１

Ⅳ．効果的であった支援内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５１

Ⅴ．中学校生活で必要だと思う支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５１－５３

Ⅵ．課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５４

Ⅶ．その他申し送り・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５４

＜中学校・高等学校用シート＞

①医師からの診断書・意見書など・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P５５－５８

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項・・・・・・・・・P５９

③生活面での注意点・介助に関する情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６０－６２

④医療的ケア依頼書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６３

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６４

　　　　⑥中学校から高等学校へ引き継ぎ事項

Ⅰ．中学校での生活・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６５

Ⅱ．学習の様子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６５．６６

Ⅲ．中学校で伸びたところ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６６

Ⅳ．効果的であった支援内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６６

Ⅴ．学校生活で必要だと思う支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６６－６８

Ⅵ．課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６９

Ⅶ．その他申し送り・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P６９

６．就園活動ノート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P７０

更新日　　　年　　月　　日　　記入者

１．本人や周囲の情報

※１年に１回連絡先など変更がないか見直してみましょう！

①　基本情報　★名前や自分の電話番号、メールアドレスを書いておきましょう。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)氏名 |  | ニックネーム |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| メールアドレス |  |

②　家系図・関係図

★親兄弟や親せきなど図にして、住んでいる地域、年齢などの情報も一緒に書き込んでおきましょう！

|  |
| --- |
|  |

③　緊急連絡先　★緊急連絡先を書いておきましょう。

※連絡が取りやすい順番に番号を付けて下さい。↓

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 続柄関係 | 連絡先 | 緊急連絡時の順番 |
| 父 | 氏名 |  |
| 住所 |
| TEL |
| Mail |
| 職場TEL |  |
| 母 | 氏名 |  |
| 住所 |
| TEL |
| Mail |
| 職場TEL |  |
|  | 氏名 |  |
| 住所 |
| TEL |
|  | 氏名 |  |
| 住所 |
| TEL |
|  | 氏名 |  |
| 住所 |
| TEL |
|  | 氏名 |  |
| 住所 |
| TEL |

④病院関係

<主治医>　★緊急時に連絡を取りたい病院があれば、記入しておきましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 科 |  | 担当医 |  |
| TEL |  |
| 診察券番号 |  |

|  |
| --- |
| 備考： |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 科 |  | 担当医 |  |
| TEL |  |
| 診察券番号 |  |

|  |
| --- |
| 備考： |

＜地域の病院＞　★かかりつけの病院を書いておきましょう。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 担当医 | 診察券番号 | TEL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 備考： |

⑤その他の関わり　★親しい知人や地域の方の連絡先を書いておきましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名・名称 | 続柄・関係 | 連絡先（TEL） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

＜タクシー＞　★いざというとき使うかもしれません。福祉タクシーなども調べておくといいかも！

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 | TEL |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 具合が悪くなった時の確認事項(救急車に伝えることなど) |

⑥保険証・手帳・医療証

Ⅰ．健康保険証の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記号-番号 | － | 保険者番号 |  |
| 保険者名称 |  |
| 保険者所在地 |  |

Ⅱ．手帳の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳の種類 |  | 手帳番号 |  |
| 種別等級 | 　　種　　　級 | 障害名 |  |
| 交付履歴 |  |
| 初めて手帳が交付されたときの情報 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳の種類 |  | 手帳番号 |  |
| 種別等級 | 　　種　　　級 | 障害名 |  |
| 交付履歴 |  |
| 初めて手帳が交付されたときの情報 |  |

Ⅲ．医療証の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援医療受給者証 | 番号 |
| 小児慢性特定疾患医療証 | 番号 |
| 特定医療費(指定難病)医療費受給者証 | 番号 |
| 小児医療費医療証 | 番号 |
| 重度障害者医療証 | 番号 |

２．経過の情報

★産まれた時の様子から健診・予防接種など受けた記録、保育・教育履歴を書き足していきましょう。

①出産の状態　★母子手帳に記載されている情報と同じになります。

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠期間 | 　　　　　　　週　　　　　　日 |
| 娩出日時 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　午前/午後　　　　　時　　　　分 |
| 分娩の経過(母児の状態) | 頭位　　骨盤位　　　その他(　　　　　　　　　　　)特記事項 |
| 分娩方法 |  |
| 分娩所要時間 |  | 出血量 | 少量・中量・多量(　　　　　　　ml) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出産時の児の状態 | 性別・数 | 男・女・不明　：　単・多　(　　　胎) |
| 計測値 | 体重　　　　　　　　　　　　　　g | 身長 　　　　　　　　　cm |
| 胸囲　　　　　　　　　　　　　　cm | 頭位　　　　　　　　　　　　　　cm |
| 特別な所見・処置 | 新生児仮死　→　(　死亡・蘇生　)　・　死産 |

|  |  |
| --- | --- |
| 証明 | 出生証明書　・　死産証明書(死胎検案書)　・　出生証明書及び死亡診断書 |
| 出産の場所名称 |  |
| 分娩取扱者氏名 | 医師 | その他 |  |
| 助産師 |

②乳幼児期検診・発達の記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検診時期 | 所見 | 受診場所 |
| 1ヶ月児検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |
| 4ヶ月児検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |
| 10ヶ月児検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |
| 1歳児検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |
| 1歳6か月児検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |
| 3歳児検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |
| 就学時検診 | □所見なし　□所見あり　□未受診 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 首のすわり | 　　　　　　　ヶ月 | ひとり歩き | 　　　　　　　ヶ月 |
| あやし笑い | 　　　　　　　ヶ月 | 指さし | 　　　　　　　ヶ月 |
| 寝返り | 　　　　　　　ヶ月 | ママ、ブーブーなど意味のある言葉 | 　　　　　　　ヶ月 |
| おすわり | 　　　　　　　ヶ月 | 「わんわん来た」などの二語文 | 　　　　　　　ヶ月 |
| はいはい | 　　　　　　　ヶ月 | ごっこ遊び | 　　　　　　　ヶ月 |
| 人見知り | 　　　　　　　ヶ月 | 排尿自立 | 　　　　　　　ヶ月 |
| つかまり立ち | 　　　　　　　ヶ月 | 排便自立 | 　　　　　　　ヶ月 |
| 視線が合わない・合いにくい | 有　　・　　無 |
| 抱かれることを嫌がる | 有　　・　　無 |
| 「ママ」など一旦出ていた言葉が出なくなった | 有　　・　　無どんな言葉いつ頃から |
| 言葉以外で、一旦できるようになったことができなくなった | 有　　・　　無どんな言葉いつ頃から |
| その他 |  |

③予防接種と感染症の記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ワクチン(定期接種) | 受けた日 | かかった日 |
| インフルエンザ菌b型(ヒブ) | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 3回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 4回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 肺炎球菌 | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 |
| 3回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| B型肝炎 | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 3回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 4種混合 | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 3回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 4回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ポリオ | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 3回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 4回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| BCG | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 麻疹、風疹(MR) | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 水痘 | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ワクチン(任意接種) | 受けた日 | かかった日 |
| 日本脳炎 | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 3回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 4回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ヒトパピローマウイルス(HPV) | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ロタウイルス | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| おたふくかぜ | 1回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 2回目 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |

④時系列シート【在園・在学中の記録】

1. 保育・学歴　　★保育所、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校などの履歴を記入しましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 在園・在学期間 | 園名・学校名 |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |

1. 保育所、幼稚園、学校以外での使っているサービスなど

|  |  |
| --- | --- |
| 利用期間 |  内容 |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 　　　　　年　　月　～　　　　　　　年　　月 |  |
| 連絡先（TEL） |  |

３．今の生活

※本人、保護者が記入して下さい。1年に1回、今の生活を記録していきましょう！

①パーソナリティー　★自分や保護者が思う性格や好きなことを書いてみましょう！

NO.

記入日　　　　年　　月　　日　　年齢・学年

記入者

|  |
| --- |
| 性格 |
| 好きなこと・好きなもの |
| 苦手なこと・嫌いなもの |
| 気の合うタイプ/合わないタイプの特徴お友達：大人の人： |

②1週間の過ごし方・処置の時間　　　　★学校や習い事、医療ケア等1週間の流れを書いてみましょう！

Ⅰ．1週間のタイムスケジュール　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　NO.

記入日　　　　年　　月　　日　　年齢・学年

記入者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 0:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00 |  |  |  |  |  |  |  |

Ⅱ．外出時に携帯する物　★医療用品など外出に必要なものを書いておきましょう！

＜普段の外出＞

|  |
| --- |
|  |

＜長時間の外出＞　★**＜普段の外出時携帯するもの＞**＋必要なものを書いておきましょう！

|  |
| --- |
|  |

＜泊りのとき＞

★**＜普段の外出時携帯するもの＞**＋**＜長時間の外出時携帯するもの＞**＋必要なものを書いておきましょう！

|  |
| --- |
|  |

４．医療の情報

※本人、保護者が随時追加して下さい。

①障害・疾患について　　★障害・疾患などあれば記入して下さい。

診断名

|  |
| --- |
|  |

＜障害・疾患についての基本情報＞　★障害・疾患について記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

|  |
| --- |
|  |

＜本人の状態＞　★今の体の状態を、記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

|  |
| --- |
|  |

＜今後の治療方針＞　★今後、手術予定や治療方法が変わるなど分かっていれば、記入して下さい。

|  |
| --- |
|  |

診断名

|  |
| --- |
|  |

＜障害・疾患についての基本情報＞　★障害・疾患について記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

|  |
| --- |
|  |

＜本人の状態＞　★今の体の状態を、記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

|  |
| --- |
|  |

＜今後の治療方針＞　★今後、手術予定や治療方法が変わるなど分かっていれば、記入して下さい。

|  |
| --- |
|  |

②検査・治療・入院記録　★大きな病気をしたときや気になる病気に罹ったとき、記録しておきましょう。

NO.

|  |  |
| --- | --- |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |

NO.

|  |  |
| --- | --- |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |
| 期間 | 　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 内容及び経過 |  |

③常用薬の情報　　★お薬手帳やお薬の説明書のコピーでも構いません。記入しておきましょう。

NO.

記入日　　　　年　　月　　日　　年齢・学年

記入者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬の名称 | 投薬方法／投薬時間 | 効果・効能 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

④医療的ケアの情報　　★本人、保護者が医療ケアについて記入して下さい。

NO.

記入日　　　　年　　月　　日　　年齢・学年

記入者

　★必要とする医療ケアの□にチェックを付けて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| * 気管切開
 | * 下咽頭チューブ
 |
| * 在宅酸素療法
 | * 在宅人工呼吸器療法
 |
| * カフアシスト
 | * 胃チューブ
 |
| * 腸ろう
 | * CVカテーテル
 |
| * 在宅フローラン
 | * 自己注射
 |
| * 鼓膜留置ドレーン
 | * ペースメーカー
 |
| * ストーマ
 | * シャント
 |
| * 体内金属
 |  |

|  |
| --- |
| □　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| * 医療器具の種類・管理方法
 |
| * 医療的ケアの内容

処置出来る人： |
| * その他のケア

処置出来る人： |
| **※緊急時の対応** |

|  |
| --- |
| □　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| * 医療器具の種類・管理方法
 |
| * 医療的ケアの内容

処置出来る人： |
| * その他のケア

処置出来る人： |
| **※緊急時の対応** |

|  |
| --- |
| □　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| * 医療器具の種類・管理方法
 |
| * 医療的ケアの内容

処置出来る人： |
| * その他のケア

処置出来る人： |
| **※緊急時の対応** |

⑤心理検査履歴　　　★心理検査を受けたときに、記録しておきましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施日 | 実施機関 | 検査の結果 |
| 　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |
| 　　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月　　日　　歳　　　ヶ月 |  |  |

**５．**保育/教育現場での情報

※注意：医師や医療従事者に記入してもらうページと、本人・保護者が記入する項目ページがあります。

**＜就園時用シート＞**

①医師からの診断書・意見書など

★医師に記入してもらって下さい。

次ページより記載している「医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）」は、

例になります。

医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）

児童氏名

基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 主病名 |  |
| 合併症 |  |
| 経過 | 必要に応じて別紙添付してください。 |
| 所見等 | （病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。） |
| 主な治療と今後の見通し | 必要に応じて別紙添付してください。 |

施設・事業者で必要な医療ケア

|  |
| --- |
| □経管栄養　（□　経鼻　□　胃瘻　□　腸瘻）　　　　　　注入内容： |
| □吸引（□　口腔内　　□　咽頭・喉頭部　　□　経鼻気管内　　□　経気管切開　）　　　注意事項： |
| □導尿　（□　自己導尿の補助・援助　　□　導尿　　　　時間毎　）　　　注意事項： |
| □その他　※痙攣時の対応はこの欄に記入してください。 |

施設・事業者での生活上の配慮事項

|  |
| --- |
| □　経口摂食・飲水（最低水分量、食形態、増粘剤、姿勢等） |
| □　園外活動 |
| □　行事参加（プール等） |

集団での保育教育の適正についての見解（＊）

|  |
| --- |
|  |

その他

|  |
| --- |
|  |

平成　　　年　　　　月　　　　日

医療機関住所：

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

主治医氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当部署名：　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　　　）担当者名：

**＜就園時用シート＞**

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項

★訪問看護や、医療従事者、または親が記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録日 |  | 記録者 |  |
| 体温 |  | 血液型 |  |
| 身長 |  | 体重 |  |
| 血圧 |  | 脈拍 |  |
| 呼吸 |  | SPO2 |  |
| 水分 |  | 尿量 |  |
| 浮腫 |  | 便 |  |
| 肺音 |  | 腸G音 |  |
| 疼痛スコア |  | 浣腸・摘便 |  |
| 意識状態 |  | 経管栄養 |  |
| 緊張・側弯 |  |
| アレルギー |  |
| 医療的観点から、園伝えておきたいこと |  |

**＜就園時用シート＞**

③生活面での注意点・介助に関する情報　　　★保護者が記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の園生活の目標 |  |
| 保護者の園生活の目標 |  |
| 好きなこと |  |
| 苦手なこと |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病気・障害 |  |
| 備考： |

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。↓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮や支援が必要な場面 | 支援 | 様子 | 支援内容 |
| 身体機能面 | 疾病・身体機能 | □ |  |  |
| 見え方 | □ |
| 聞こえ方 | □ |
| 姿勢保持 | □ |
| 体の動かし方手先の動き | □ |
| その他 | □ |
| アレルギー | □ |  |  |
| 生活面 | 排泄 | □ |  |  |
| 衣服の着脱 | □ |  |  |
| 移動 | □ |  |  |
| 睡眠 | □ |  |  |
| 入浴（シャワー） | □ |  |  |
| 歯磨き・口腔ケア | □ |  |  |
| 温度調整 | □ |  |  |
| 危険認知 | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |
| 社会性・コミュニケーション | 指示の理解 | □ |  |  |
| 言葉によるコミュニケーション | □ |
| 人との関わり方 | □ |
| 集団参加 | □ |
| ルールの理解・遂行 | □ |
| 感情のコントロール | □ |
| 注意の集中 | □ |
| その他 | □ |
| 食事 | アレルギー | □ |  |  |
| 水分量 | □ |
| 食具 | □ |
| 形状 | □ |
| 量 | □ |
| ペース | □ |
| その他 | □ |
| 学習面 | 数の認知 | □ |  |  |
| 道具の使い方（ハサミ・クレヨンなど） | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |

**＜就園時用シート＞**

④医療的ケア依頼書　　　★医師に相談し、保護者が記入して下さい。

　　　　　　　　　　　施設・事業者様

医療的ケア依頼書

フリガナ

児童氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容 | 実施内容 | 留意事項 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記のとおり、施設・事業所での処置の実施について、依頼します。

※施設・事業所の利用中、実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、当該児童に関する医療機関及び行政機関間での情報提供について、同意します。

平成　　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名（自署）

**＜就園時用シート＞**

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法

★健康児とは違う対応や、疾患児に起こりえる状況を考え特別な対応が必要な場合、医師に相談し、

状況に応じた対応を医師または保護者が記入して下さい。

|  |
| --- |
| 状態１ |
|  |
| 状態２ |
|  |
| 状態３ |
|  |
| 状態４ |
|  |

**＜就学時引継ぎシート＞**

⑥保育園・幼稚園から小学校へ引き継ぎ事項

★卒園前に、幼稚園/保育園に園での過ごし方を記入してもらって下さい。

作成日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

作成者

Ⅰ．園での生活

|  |  |
| --- | --- |
| 本人・保護者の園生活の目標 |  |
| 達成度 |  |
| 好きだったこと |  |
| 苦手だったこと |  |

Ⅱ．小学校生活で必要だと思う支援

★支援が必要場合はチェックを付けて下さい。↓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮や支援が必要な場面 | 支援 | 様子 | 支援内容 |
| 身体機能面 | 疾病・身体機能 | □ |  |  |
| 見え方 | □ |
| 聞こえ方 | □ |
| 姿勢保持 | □ |
| 体の動かし方手先の動き | □ |
| その他 | □ |
| アレルギー | □ |  |  |
| 生活面 | 生活リズム | □ |  |  |
| 遅刻・欠席等 | □ |  |  |
| 排泄 | □ |  |  |
| 衣服の着脱 | □ |  |  |
| 教室移動 | □ |  |  |
| 登下校 | □ |  |  |
| 温度調整 | □ |  |  |
| 危険認知 | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |
| 社会性・コミュニケーション | 指示の理解 | □ |  |  |
| 言葉によるコミュニケーション | □ |
| 人との関わり方 | □ |
| 集団参加 | □ |
| ルールの理解・遂行 | □ |
| 感情のコントロール | □ |
| 注意の集中 | □ |
| その他 | □ |
| 食事 | アレルギー | □ |  |  |
| 水分量 | □ |
| 食具 | □ |
| 形状 | □ |
| 量 | □ |
| ペース | □ |
| その他 | □ |
| 学習面 | 数の認知 | □ |  |  |
| 道具の使い方（ハサミ・クレヨンなど） | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |

Ⅲ．入学式で必要な指導及び支援

|  |  |
| --- | --- |
| 想定される課題 | 対応 |
|  |  |

Ⅳ．課外活動・・宿泊学習などで必要な指導及び支援

|  |  |
| --- | --- |
| 想定される課題 | 対応 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Ⅴ．その他申し送り

|  |
| --- |
|  |

**＜就学時用シート＞**

①医師からの診断書・意見書など

★医師に記入してもらって下さい。

次ページより掲載している「医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）」

　「公益財団法人日本学校保健会　学校生活管理指導表」は、例になります。

第8号様式

横浜市長

医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）

児童氏名

基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 主病名 |  |
| 合併症 |  |
| 経過 | 必要に応じて別紙添付してください。 |
| 所見等 | （病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。） |
| 主な治療と今後の見通し | 必要に応じて別紙添付してください。 |

施設・事業者で必要な医療ケア

|  |
| --- |
| □経管栄養　（□　経鼻　□　胃瘻　□　腸瘻）　　　　　　注入内容： |
| □吸引（□　口腔内　　□　咽頭・喉頭部　　□　経鼻気管内　　□　経気管切開　）　　　注意事項： |
| □導尿　（□　自己導尿の補助・援助　　□　導尿　　　　時間毎　）　　　注意事項： |
| □その他　※痙攣時の対応はこの欄に記入してください。 |

施設・事業者での生活上の配慮事項

|  |
| --- |
| □　経口摂食・飲水（最低水分量、食形態、増粘剤、姿勢等） |
| □　園外活動 |
| □　行事参加（プール等） |

集団での保育教育の適正についての見解（＊）

|  |
| --- |
|  |

その他

|  |
| --- |
|  |

平成　　　年　　　　月　　　　日

医療機関住所：

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

主治医氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当部署名：　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　　　）担当者名：

公益財団法人日本学校保健会　学校生活管理指導表　(転載許可申請の提出が必要)

**＜就学時用シート＞**

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項

★訪問看護や、医療従事者、または親が記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録日 |  | 記録者 |  |
| 体温 |  | 血液型 |  |
| 身長 |  | 体重 |  |
| 血圧 |  | 脈拍 |  |
| 呼吸 |  | SPO2 |  |
| 水分 |  | 尿量 |  |
| 浮腫 |  | 便 |  |
| 肺音 |  | 腸G音 |  |
| 疼痛スコア |  | 浣腸・摘便 |  |
| 意識状態 |  | 経管栄養 |  |
| 緊張・側弯 |  |
| アレルギー |  |
| 医療的観点から、園伝えておきたいこと |  |

**＜就学時用シート＞**

③生活面での注意点・介助に関する情報　　　★保護者が記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の学校生活の目標 |  |
| 保護者の学校生活の目標 |  |
| 好きなこと |  |
| 苦手なこと |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病気・障害 |  |
| 備考： |

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。↓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮や支援が必要な場面 | 支援 | 様子 | 支援内容 |
| 身体機能面 | 疾病・身体機能 | □ |  |  |
| 見え方 | □ |
| 聞こえ方 | □ |
| 姿勢保持 | □ |
| 体の動かし方手先の動き | □ |
| その他 | □ |
| アレルギー | □ |  |  |
| 生活面 | 生活リズム | □ |  |  |
| 遅刻・欠席等 | □ |  |  |
| 排泄 | □ |  |  |
| 衣服の着脱 | □ |  |  |
| 教室移動 | □ |  |  |
| 登下校 | □ |  |  |
| 温度調整 | □ |  |  |
| 危険認知 | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |
| 社会性・コミュニケーション | 指示の理解 | □ |  |  |
| 言葉によるコミュニケーション | □ |
| 人との関わり方 | □ |
| 集団参加 | □ |
| ルールの理解・遂行 | □ |
| 感情のコントロール | □ |
| 注意の集中 | □ |
| その他 | □ |
| 食事 | アレルギー | □ |  |  |
| 水分量 | □ |
| 食具 | □ |
| 形状 | □ |
| 量 | □ |
| ペース | □ |
| その他 | □ |
| 学習面 | 数の認知 | □ |  |  |
| 道具の使い方（ハサミ・クレヨンなど） | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |

**＜就学時用シート＞**

④医療的ケア依頼書　　　★医師に相談し、保護者が記入して下さい。

　　　　　　　　　　　施設・事業者様

医療的ケア依頼書

フリガナ

児童氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容 | 実施内容 | 留意事項 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記のとおり、施設・事業所での処置の実施について、依頼します。

※施設・事業所の利用中、実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、当該児童に関する医療機関及び行政機関間での情報提供について、同意します。

平成　　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名（自署）

**＜就学時用シート＞**

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法

★健康児とは違う対応や、疾患児に起こりえる状況を考え特別な対応が必要な場合、医師に相談し、

状況に応じた対応を医師または保護者が記入して下さい。

|  |
| --- |
| 状態１ |
|  |
| 状態２ |
|  |
| 状態３ |
|  |
| 状態４ |
|  |

**＜中学校進学時用シート＞**

**⑥小学校から中学校へ引き継ぎ事項**

**※卒業前に、学校に記入してもらって下さい。**

作成日　　年　　月　　日　　作成者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　出身小学校

Ⅰ．小学校での生活

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の小学校での目標 |  |
| 達成度 |  |
| 保護者の小学校での目標 |  |
| 達成度 |  |
| 得意なこと・興味関心のあること・好きな教科 |  |
| 苦手なこと・苦手な教科 |  |

Ⅱ．学習の様子

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 教科 | 関心・意欲・態度 | 学習内容の習得状況や支援内容 |
| 国語 |  |  |
| 算数数学 |  |  |
| 社会 |  |  |
| 理科 |  |  |
| 英語 |  |  |
| 音楽 |  |  |
| 図工美術 |  |  |
| 技術家庭 |  |  |
| 保健体育 |  |  |
| その他 |  |  |

Ⅲ．小学校で伸びたところ

|  |
| --- |
|  |

Ⅳ．効果的であった支援内容

|  |
| --- |
|  |

※支援状況の欄は中学校入学2～3か月前に記載すること。

Ⅴ．中学校生活で必要だと思う支援

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮や支援が必要な場面 | 支援 | 様子 | 支援内容 |
| 身体機能面 | 疾病・身体機能 | □ |  |  |
| 見え方 | □ |
| 聞こえ方 | □ |
| 姿勢保持 | □ |
| 体の動かし方手先の動き | □ |
| その他 | □ |
| アレルギー | □ |  |  |
| 生活面 | 生活リズム | □ |  |  |
| 遅刻・欠席等 | □ |  |  |
| 排泄 | □ |  |  |
| 衣服の着脱 | □ |  |  |
| 教室移動 | □ |  |  |
| 登下校 | □ |  |  |
| 温度調整 | □ |  |  |
| 危険認知 | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |
| 社会性・コミュニケーション | 指示の理解 | □ |  |  |
| 言葉によるコミュニケーション | □ |
| 人との関わり方 | □ |
| 集団参加 | □ |
| ルールの理解・遂行 | □ |
| 感情のコントロール | □ |
| 注意の集中 | □ |
| その他 | □ |
| 食事 | アレルギー | □ |  |  |
| 水分量 | □ |
| 食具 | □ |
| 形状 | □ |
| 量 | □ |
| ペース | □ |
| その他 | □ |
| 学習面 | 数の認知 | □ |  |  |
| 道具の使い方（ハサミ・クレヨンなど） | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |

Ⅵ．課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点

|  |  |
| --- | --- |
| 想定される課題 | 対応 |
|  |  |

Ⅶ．その他申し送り

|  |
| --- |
|  |

**＜中学校・高校時用シート＞**

①医師からの診断書・意見書など

★医師に記入してもらって下さい。

次ページより掲載している「医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）」

「公益財団法人日本学校保健会　学校生活管理指導表」は、例になります。

第8号様式

横浜市長

医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）

児童氏名

基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 主病名 |  |
| 合併症 |  |
| 経過 | 必要に応じて別紙添付してください。 |
| 所見等 | （病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。） |
| 主な治療と今後の見通し | 必要に応じて別紙添付してください。 |

施設・事業者で必要な医療ケア

|  |
| --- |
| □経管栄養　（□　経鼻　□　胃瘻　□　腸瘻）　　　　　　注入内容： |
| □吸引（□　口腔内　　□　咽頭・喉頭部　　□　経鼻気管内　　□　経気管切開　）　　　注意事項： |
| □導尿　（□　自己導尿の補助・援助　　□　導尿　　　　時間毎　）　　　注意事項： |
| □その他　※痙攣時の対応はこの欄に記入してください。 |

施設・事業者での生活上の配慮事項

|  |
| --- |
| □　経口摂食・飲水（最低水分量、食形態、増粘剤、姿勢等） |
| □　園外活動 |
| □　行事参加（プール等） |

集団での保育教育の適正についての見解（＊）

|  |
| --- |
|  |

その他

|  |
| --- |
|  |

平成　　　年　　　　月　　　　日

医療機関住所：

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

主治医氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当部署名：　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　　　）担当者名：

公益財団法人日本学校保健会　学校生活管理指導表　(転載許可申請の提出が必要)

**＜中学校・高校時用シート＞**

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項

★訪問看護や、医療従事者、または親が記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録日 |  | 記録者 |  |
| 体温 |  | 血液型 |  |
| 身長 |  | 体重 |  |
| 血圧 |  | 脈拍 |  |
| 呼吸 |  | SPO2 |  |
| 水分 |  | 尿量 |  |
| 浮腫 |  | 便 |  |
| 肺音 |  | 腸G音 |  |
| 疼痛スコア |  | 浣腸・摘便 |  |
| 意識状態 |  | 経管栄養 |  |
| 緊張・側弯 |  |
| アレルギー |  |
| 医療的観点から、園伝えておきたいこと |  |

**＜中学校・高校時用シート＞**

③生活面での注意点・介助に関する情報　　　★保護者が記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の学校生活の目標 |  |
| 保護者の学校生活の目標 |  |
| 好きなこと |  |
| 苦手なこと |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病気・障害 |  |
| 備考： |

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。↓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮や支援が必要な場面 | 支援 | 様子 | 支援内容 |
| 身体機能面 | 疾病・身体機能 | □ |  |  |
| 見え方 | □ |
| 聞こえ方 | □ |
| 姿勢保持 | □ |
| 体の動かし方手先の動き | □ |
| その他 | □ |
| アレルギー | □ |  |  |
| 生活面 | 生活リズム | □ |  |  |
| 遅刻・欠席等 | □ |  |  |
| 排泄 | □ |  |  |
| 衣服の着脱 | □ |  |  |
| 教室移動 | □ |  |  |
| 登下校 | □ |  |  |
| 温度調整 | □ |  |  |
| 危険認知 | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |
| 社会性・コミュニケーション | 指示の理解 | □ |  |  |
| 言葉によるコミュニケーション | □ |
| 人との関わり方 | □ |
| 集団参加 | □ |
| ルールの理解・遂行 | □ |
| 感情のコントロール | □ |
| 注意の集中 | □ |
| その他 | □ |
| 食事 | アレルギー | □ |  |  |
| 水分量 | □ |
| 食具 | □ |
| 形状 | □ |
| 量 | □ |
| ペース | □ |
| その他 | □ |
| 学習面 | 数の認知 | □ |  |  |
| 道具の使い方（ハサミ・クレヨンなど） | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |

**＜中学校・高校時用シート＞**

④医療的ケア依頼書　　　★医師に相談し、保護者が記入して下さい。

　　　　　　　　　　　施設・事業者様

医療的ケア依頼書

フリガナ

児童氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容 | 実施内容 | 留意事項 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記のとおり、施設・事業所での処置の実施について、依頼します。

※施設・事業所の利用中、実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、当該児童に関する医療機関及び行政機関間での情報提供について、同意します。

平成　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名（自署）

**＜中学校・高校時用シート＞**

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法

★健康児とは違う対応や、疾患児に起こりえる状況を考え特別な対応が必要な場合、医師に相談し、

状況に応じた対応を医師または保護者が記入して下さい。

|  |
| --- |
| 状態１ |
|  |
| 状態２ |
|  |
| 状態３ |
|  |
| 状態４ |
|  |

**＜中学校・高校時用シート＞**

⑥中学校から高等学校へ引き継ぎ事項

**※卒業前に、学校に記入してもらって下さい。**

作成日　　年　　月　　日　　作成者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　出身小学校

Ⅰ．中学校での生活

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の中学校での目標 |  |
| 達成度 |  |
| 保護者の中学校での目標 |  |
| 達成度 |  |
| 得意なこと・興味関心のあること・好きな教科 |  |
| 苦手なこと・苦手な教科 |  |

Ⅱ．学習の様子

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 教科 | 関心・意欲・態度 | 学習内容の習得状況や支援内容 |
| 国語 |  |  |
| 算数数学 |  |  |
| 社会 |  |  |
| 理科 |  |  |
| 英語 |  |  |
| 音楽 |  |  |
| 図工美術 |  |  |
| 技術家庭 |  |  |
| 保健体育 |  |  |
| その他 |  |  |

Ⅲ．中学校で伸びたところ

|  |
| --- |
|  |

Ⅳ．効果的であった支援内容

|  |
| --- |
|  |

※支援状況の欄は中学校入学2～3か月前に記載すること。

Ⅴ．学校生活で必要だと思う支援

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮や支援が必要な場面 | 支援 | 様子 | 支援内容 |
| 身体機能面 | 疾病・身体機能 | □ |  |  |
| 見え方 | □ |
| 聞こえ方 | □ |
| 姿勢保持 | □ |
| 体の動かし方手先の動き | □ |
| その他 | □ |
| アレルギー | □ |  |  |
| 生活面 | 生活リズム | □ |  |  |
| 遅刻・欠席等 | □ |  |  |
| 排泄 | □ |  |  |
| 衣服の着脱 | □ |  |  |
| 教室移動 | □ |  |  |
| 登下校 | □ |  |  |
| 温度調整 | □ |  |  |
| 危険認知 | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |
| 社会性・コミュニケーション | 指示の理解 | □ |  |  |
| 言葉によるコミュニケーション | □ |
| 人との関わり方 | □ |
| 集団参加 | □ |
| ルールの理解・遂行 | □ |
| 感情のコントロール | □ |
| 注意の集中 | □ |
| その他 | □ |
| 食事 | アレルギー | □ |  |  |
| 水分量 | □ |
| 食具 | □ |
| 形状 | □ |
| 量 | □ |
| ペース | □ |
| その他 | □ |
| 学習面 | 数の認知 | □ |  |  |
| 道具の使い方（ハサミ・クレヨンなど） | □ |  |  |
| その他 | □ |  |  |

Ⅵ．課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点

|  |  |
| --- | --- |
| 想定される課題 | 対応 |
|  |  |

Ⅶ．その他申し送り

|  |
| --- |
|  |

６．保活・園活ノート

★保育園や幼稚園を探しているときに、記録としてお使い下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 保育園名 |  |
| 問い合わせ日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| 最寄り駅と駅からの所要時間 | 駅から　　　　　分 |
| 自宅からの所要時間 | 時間　　　　　　分 |
| 電話番号・担当者名 |  |
| クラス定員数 |  |
| 見学日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 昨年度入園者の指数 |  |
| 園舎、園庭の様子 |  |
| 先生や子供たちの様子 |  |
| 看護師の有無及び勤務形態 |  |
| 園との交渉内容 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

補足資料：



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 気管切開 | カニューレ種類/サイズ |  | 胃チューブ | チューブの種類 |  |
| Fr | サイズ/挿入長さ |  |
| 吸引制限 | cm | 交換頻度 |  |
| 咽頭気管分離術 | □無　□有 | 腸ろう | 種類・サイズ |  |
| Yガーゼ枚数 |  | 固定水 |  |
| ケア方法 |  | ケア方法 |  |
| 吸入の使用 | □無　□有 | CVカテーテル | 種類・挿入部位 |  |
| 下咽頭チューブ | チューブの種類/長さ |  | 管理 | □あぶちゃん　□巾着　□その他 |
| cm | ケア方法 |  |
| 使用時間 |  | 在宅フローラン | 注射の交換頻度 |  |
| 交換頻度 |  | 保冷材の交換頻度 |  |
| 在宅酸素療法 | 使用量 | ℓ/分 | 自己注射 | □無　□有 |
| 使用時間 |  | 使用方法・時間等 |  |
| 在宅人工呼吸器療法 | 種類/機種 |  | 鼓膜留置ドレーン | □無　□有　(□右　□左) |
| 酸素使用 | □無　□有 | ペースメーカー | □無　□有 |
| ℓ | ストーマ | 種類 |  |
| 呼吸器の設定 |  | 交換頻度 |  |
| 加温・加湿 |  | シャント | □無　□有 |
| 使用時間 |  | 種類/部位 |  |
| 回路頻度 |  |  |  |  |
| カフアシスト | 有無 | □無　□有 | 体内金属 | □無　□有 |  |
| 設定 |  |  | 種類/部位 |  |
| 回数/時間 |  |  |  |  |



