

ちくぜん  
すくすくサポートファイル



筑前町

## サポートファイルについて

このファイルは、お子さまの出生から成人に至るまでの成長を記録するものです。お子さまが成長していく中で、保育所・幼稚園や小学校などに入園・進学する際や、乳幼児健診、子育て支援センター、相談機関、医療機関等を訪ねた際に、これまでの発育の情報を求められることがあります。その時にこのファイルを活用することで、お子さまがどのように成長してきたかを、関係する機関が理解しやすくなり、お子さまに合わせた一貫性のある支援が受けられることを目的に作成しました。

子育ての記録として、また相談・支援等の記録として、希望される方すべてにお渡しします。ご活用下さい。

## 記入について

- ◆記入は、原則として、ご本人・保護者など、ご本人のことをよく知っている人が記入してください。
- ◆すべての項目を記入する必要はありません。ご本人の年齢や状況に応じて必要だと思われるところを可能な範囲で記入してください。
- ◆母子健康手帳の記録と同じ内容もありますので、必要に応じ転記しましょう。
- ◆ご本人の年齢や成長とともに、内容を書き加えたり、新しい用紙に記入し直しましょう。あとで貴重な成長の記録となりますので、古いページも大切に保管しておいてください。
- ◆関係機関の方へ  
記入内容の見直しや記入についての相談など、必要な場合はご協力をお願いします。また、保護者の了解を得て、支援者が記入することもできます。

## 個人情報保護について

- ◆このファイルに記載されている内容は、大変重要な個人情報です。紛失などに気をつけて、大切に保管しましょう。
- ◆関係機関の方へ  
このファイルから情報を得る場合は、必ず本人や保護者の承諾を得てからコピーを取るなど、プライバシーに十分配慮して慎重に取り扱ってください。

## もくじ

- P. 1 表紙
- P. 2 サポートファイルについて、使い方
- P. 3 もくじ
- P. 4～5 基本情報（シート①ー1、2）
- P. 6 成育歴（シート②）
- P. 7 乳幼児健診の結果（シート③）
- P. 8～9 医療情報（シート④ー1、2）
- P. 9～10 教育歴（シート⑤ー1、2）
- P. 11～15 学校生活の状況（シート⑥ー1、2、3、4）
- P. 16 相談・訓練・福祉サービス歴（シート⑦）
- P. 17 20歳前障害による障害基礎年金について（資料①）
- P. 18 病歴の詳細（シート⑧）
- P. 19 日常生活の状況（シート⑨）
- P. 20 就労の状況（シート⑩）
- P. 21 主な相談の窓口（資料②）

◆クリアファイル（A4サイズ）に差し込んで保管しておきましょう。

◆相談機関や病院などでもらった資料や記録物なども一緒に保管しておきましょう。

◆用紙が不足する場合は、コピーしてご利用になるか、町のホームページからダウンロードできます。

基本情報 (シート①-1)

プロフィール

ふりがな		愛称	
氏名	男・女	いつも呼ばれて	
		いる呼び名	
		生年月日	年 月 日
住所	〒838- 福岡県朝倉郡筑前町		
		☎	( )

家族状況

続柄	氏名	ふりがな	生年月日	職業・特記事項
			. .	
			. .	
			. .	
			. .	
			. .	

緊急連絡先

順位	氏名	続柄	連絡先(電話・携帯)	備考
1				
2				
3				

手帳・医療補助など

身体障害者手帳	交付 年 月 日 ( 級:障害名 )
	交付 年 月 日 ( 級:障害名 )
	交付 年 月 日 ( 級:障害名 )
療育手帳	交付 年 月 日 (A1・A2・A3・B1・B2)
	交付 年 月 日 (A1・A2・A3・B1・B2)
	交付 年 月 日 (A1・A2・A3・B1・B2)
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ( 1・2・3 級)
小児慢性特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )

基本情報（シート①-2）

○好きなこと、得意なこと



○嫌いなこと、苦手なこと



○興味・関心、こだわりなど



※お子さまの年齢を記入しておくこと、あとで便利です。

成育歴（シート②）

妊娠・出産時の状況

妊娠時の状況	問題の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 貧血・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・切迫流産・切迫早産 その他（ ）			
出産時の状況	出産時の異常の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 帝王切開・吸引分娩・その他（ ）			
	在胎週数（ 週 日）			
生まれた場所	体重	身長	胸囲	頭囲
	g	cm	cm	cm
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死状態 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 異常呼吸 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 黄疸				

乳幼児期の状況

お乳の飲み方はどうでしたか？	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱かった <input type="checkbox"/> その他（ ）
あやすと笑いましたか？	<input type="checkbox"/> はい（   か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
人見知りをしましたか？	<input type="checkbox"/> はい（   か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
親の後追いをしましたか？	<input type="checkbox"/> はい（   か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
指さしをしましたか？	<input type="checkbox"/> はい（   か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
視線の合わせ方はどうでしたか？	<input type="checkbox"/> よく合った <input type="checkbox"/> 合うこともある <input type="checkbox"/> 合いにくかった
目つきや目の動き、物を極端に近づけて見るなど、目について気になることはありましたか？	<input type="checkbox"/> はい（   歳   か月の頃・内容 ） <input type="checkbox"/> いいえ
聞こえについて気になることがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい（   歳   か月の頃・内容 ） <input type="checkbox"/> いいえ
初めて言葉をいったのは？ （ママ・ワンワン等）	歳   か月頃（言った言葉： ）
2つ以上言葉を続けて言ったのは？ （ママだっこ等）	歳   か月頃（言った言葉： ）
運動発達	・首のすわり（   か月） ・寝返り（   か月） ・お座り（   か月） ・はいはい（   か月） ・つかまり立ち（   か月） ・ひとり歩き（   か月）
育児で気になったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 気持ちの切りかえができない <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> その他 [ ]

乳幼児健診の結果（シート③）

1 か月児健診 年 月 日 (場所: ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 g   身長 cm   胸囲 cm   頭囲 cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )	
	特記事項	
4 か月児健診 年 月 日 (場所: ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 g   身長 cm   胸囲 cm   頭囲 cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )	
	特記事項	
10 か月児健診 年 月 日 (場所: ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 g   身長 cm   胸囲 cm   頭囲 cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )	
	特記事項	
1 歳6 か月児健診 年 月 日 (場所: ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 kg   身長 cm   頭囲 cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )	
	特記事項	
3 歳児健診 年 月 日 (場所: ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 kg   身長 cm   頭囲 cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察	目の検査 (異常なし・要観察・ )
	<input type="checkbox"/> 要医療 ( )	耳の検査 (異常なし・要観察・ )
	特記事項	
就学前健診 年 月 日 (場所: ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 kg   身長 cm   頭囲 cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療	
	特記事項	

# 定期予防接種

医療情報（シート④-1）

BCG	年 月 日		
ヒブ	初回（1回・2回・3回）・追加		
肺炎球菌	初回（1回・2回・3回）・追加		
四種混合	1期初回（1回・2回・3回）・追加	二種 混合	年 月 日
三種混合	1期初回（1回・2回・3回）・追加		
不活化ポリオ	1期初回（1回・2回・3回）・追加		
麻疹・風疹 （MR）	1期 ・ 2期	水痘 （水ぼうそう）	初回 ・ 追加
日本脳炎	1期初回（1回・2回）・1期追加・2期		
子宮頸がん	1回・2回・3回		

アレルギーについて    あり    ・    なし

内容・対応
-------

## 気をつけてもらいたい病状

（ひきつけ、心臓病、ぜんそく、てんかんなど）

病名	症状	医療機関名
	対応	
病名	症状	医療機関名
	対応	
病名	症状	医療機関名
	対応	
病名	症状	医療機関名
	対応	



教育歴（シート⑤-1）

**【就学前】**

歳	保育所、幼稚園等の名称	特記事項（担任氏名など）
0歳		
1歳		
2歳		
3歳		
4歳		
5歳		

**【小学校、特別支援学校小学部】**

学年	学校名	特記事項（担任氏名など）
1年		
2年		
3年		
4年		
5年		
6年		

**【中学校、特別支援学校中学部】**

学年	学校名	特記事項（担任氏名など）
1年		
2年		
3年		

**【高等学校、特別支援学校高等部】**

学年	学校名	特記事項（担任氏名など）
1年		
2年		
3年		

**【大学、専門学校等】**

学年	学校名	特記事項（担任氏名など）
1年		
2年		
3年		
4年		

学校生活の状況（シート⑥-1）

[保育所・幼稚園]

記入年月日	年 月 日（ 歳 か月）	記入者名	
-------	--------------	------	--

※支援を要する項目に☑を入れ、該当項目に関する状況や有効な支援等を記入しましょう。

項目	要支援	保育所・幼稚園での様子	有効な支援など
感覚過敏	<input type="checkbox"/>		
危険行為	<input type="checkbox"/>		
パニック	<input type="checkbox"/>		
こだわり	<input type="checkbox"/>		
指示理解	<input type="checkbox"/>		
注意持続	<input type="checkbox"/>		
多動・衝動	<input type="checkbox"/>		
集団参加	<input type="checkbox"/>		
対人関係	<input type="checkbox"/>		
日常会話	<input type="checkbox"/>		
意思伝達	<input type="checkbox"/>		
文字・数	<input type="checkbox"/>		

その他、特記事項があれば記入してください。

学校生活の状況（シート⑥-2）  
 [小学校 年]

記入年月日	年 月 日（ 歳 か月）	記入者名	
-------	--------------	------	--

※支援を要する項目に☑を入れ、該当項目に関する状況や有効な支援等を記入しましょう。

項目	要支援	小学校での様子	有効な支援など
感覚過敏	<input type="checkbox"/>		
パニック	<input type="checkbox"/>		
こだわり	<input type="checkbox"/>		
こだわり	<input type="checkbox"/>		
指示理解	<input type="checkbox"/>		
注意持続	<input type="checkbox"/>		
多動・衝動	<input type="checkbox"/>		
困ったときの 意思表示	<input type="checkbox"/>		
対人関係	<input type="checkbox"/>		
日常会話	<input type="checkbox"/>		
意思伝達	<input type="checkbox"/>		
読み・書き 計算・推論	<input type="checkbox"/>		

その他、特記事項があれば記入してください。

学校生活の状況（シート⑥-3）

[中学校 年]

記入年月日	年 月 日（ 歳 か月）	記入者名	
-------	--------------	------	--

※支援を要する項目に☑を入れ、該当項目に関する状況や有効な支援等を記入しましょう。

項目	要支援	中学校での様子	有効な支援など
感覚過敏	<input type="checkbox"/>		
パニック	<input type="checkbox"/>		
こだわり	<input type="checkbox"/>		
計画性	<input type="checkbox"/>		
交通機関	<input type="checkbox"/>		
指示理解	<input type="checkbox"/>		
多動・衝動	<input type="checkbox"/>		
困ったときの 意思表示	<input type="checkbox"/>		
対人関係	<input type="checkbox"/>		
日常会話	<input type="checkbox"/>		
意思伝達	<input type="checkbox"/>		
読み・書き 計算・推論	<input type="checkbox"/>		

その他、特記事項があれば記入してください。

学校生活の状況（シート⑥-4）

[高等学校 年]

記入年月日	年 月 日（ 歳 か月）	記入者名	
-------	--------------	------	--

※支援を要する項目に☑を入れ、該当項目に関する状況や有効な支援等を記入しましょう。

項目	要支援	高校での様子	有効な支援など
自己理解	<input type="checkbox"/>		
環境調整	<input type="checkbox"/>		
諸手続き	<input type="checkbox"/>		
計画性	<input type="checkbox"/>		
交通機関	<input type="checkbox"/>		
指示理解	<input type="checkbox"/>		
困ったときの 意思表示	<input type="checkbox"/>		
対人関係	<input type="checkbox"/>		
日常会話	<input type="checkbox"/>		
意思伝達	<input type="checkbox"/>		
読み・書き 計算・推論	<input type="checkbox"/>		

その他、特記事項があれば記入してください。

相談・訓練・福祉サービス歴（シート⑦）

年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			

## 20歳前障害による障害基礎年金について（資料①）

20歳前に既に障害の状態にある人が、20歳の時点で国民年金法に定める障害等級に該当する場合は、障害基礎年金を受けることができます。

障害基礎年金を請求する時には、初診日や初診以降の受診状況、障害認定日における生活状況などを詳しく記載することが必要です。このファイルのシート⑧⑨⑩は、請求時に必要な書類の内容を記載するようになっていいますので、障害基礎年金の請求をする場合にも役立つようになっていいます。

### ◆対象となる方

20歳前障害基礎年金は、20歳になる前に障害基礎年金を請求する傷病の初診日がある方が対象となります。

### ◆初診日について

初診日は、認定に重要な要件であり、障害基礎年金請求時に初診を受けた病院から初診日証明（受診状況証明書）を作成してもらう必要がありますので、初診日を記録しておくことが大切です。なお、初診日とは、初めて診療を受けた日となりますが、学校の健康診断などで異常が発見され療養に関する指示を受けた場合は健康診断日が初診日となります。

### ◆障害認定日について

20歳前障害基礎年金の請求は、障害基礎年金の障害認定日（満20歳になった日）以降に手続きをすることになります。障害基礎年金請求時には、障害認定日またはそれ以降3か月以内の診断書（診断書の様式は役場にあり）が必要となります。障害認定日とは、初診日から1年6か月経過した日となりますが、20歳前障害基礎年金の場合は、満20歳になった日以降が障害認定日となります。

例をあげると、次のとおりです。

#### ●事例1

生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は、0歳が初診日となります。初診日から1年6か月経過した日は20歳になっていないので、満20歳になった日が障害認定日となります。

#### ●事例2

17歳0月のとき交通事故に遭い病院で受診をした場合は、17歳0月が初診日となります。初診日から1年6か月経過した日は20歳になっていないので、満20歳になった日が障害認定日となります。

#### ●事例3

19歳0月のとき交通事故に遭い病院で受診をした場合は、19歳0月が初診日となります。初診日から1年6ヶ月経過した日の20歳6月が、障害認定日となります。

#### ●事例4

10歳のとき耳鼻科で難聴障害があることが分かりましたが、20歳を超えても障害基礎年金を受給できる障害等級ではありませんでした。しかし、その後、年を重ねるごとに聞こえが悪くなり、40歳になって障害基礎年金を受給できる障害等級に該当する状態になりました。

この場合は、初診日が20歳前ですので、事後重症として障害基礎年金の請求ができることとなります。

病歴の詳細（シート⑧）

（傷病名が複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。）

傷病名							
発病日	年	月	日	初診日	年	月	日
<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害の要因となった病気等について、発病した時から現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。</li> <li>・受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</li> <li>・受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて記入してください。</li> <li>・健康診断などで障害の要因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。</li> <li>・同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</li> </ul>							
1	年	月	日から	発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）			
	年	月	日まで				
	受診 した ・ していない						
【医療機関名】							
2	年	月	日から	左の期間の状況			
	年	月	日まで				
	受診 した ・ していない						
【医療機関名】							
3	年	月	日から	左の期間の状況			
	年	月	日まで				
	受診 した ・ していない						
【医療機関名】							
4	年	月	日から	左の期間の状況			
	年	月	日まで				
	受診 した ・ していない						
【医療機関名】							
5	年	月	日から	左の期間の状況			
	年	月	日まで				
	受診 した ・ していない						
【医療機関名】							

◆このシートは、障害基礎年金請求時に必要な申立書と同じ内容になっています。

## 日常生活の状況（シート㊸）

- ・成長や状況の変化によって、2枚目、3枚目と追加してお使いください。
- ・記入年月日と年齢、記入者名を記入し、各項目ごとに該当する番号に○を付けてください。
- ・その他特記事項は、項目にないことで特に不便を感じていることがあればご記入ください。

記入年月日	年 月 日（ 歳 か月）	記入者名	
-------	--------------	------	--

<b>着替え</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>トイレ</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>食 事</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>炊 事</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>掃 除</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>洗 面</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>入 浴</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>散 歩</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>洗 濯</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
<b>買 物</b>	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。

その他、日常生活で不便を感じていることがありましたら記入してください。

- ◆このチェックシートは、障害基礎年金請求時に必要な申立書と同じ内容になっています。
- ◆障害基礎年金を請求する時は、障害認定日（障害年金を請求する傷病の初診日から1年6か月目）頃の上記内容について申立書に記載が必要です。

就労の状況（シート⑩）

期間	事業者	通勤方法	仕事の内容
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			

## 主な相談の窓口（資料②）

相談窓口	連絡先	相談内容	対象年齢
健康課	健康推進係 0946-42-6649	乳幼児健診	就学前
		予防接種 子どもの健康・発達に関する相談	18歳未満
	国保年金係 0946-42-6648	障害基礎年金の申請	20歳～
		特別児童扶養手当の申請	18歳未満
教育課	学校教育係 0946-22-3385	ことばの教室（小学生）	小学生
		就学に関する相談 児童・生徒の学校生活や不登校・発達の心配事に関する相談	就学前から 中学生
こども課	子育て支援センター ・たんぽぽ 0946-22-3369 ・あいあい 0946-42-1806	子育てに関する総合相談 子育て支援事業利用に関して ことばの教室（就学前）に関して	就学前
		ファミリーサポートに関して	生後3ヶ月～ 小学生
	児童福祉係 0946-24-8767	保育所入所に関して	生後2カ月～ 就学前
	こども未来センター 0946-22-3369 相談ダイヤル 0120-24-7874	子どもの権利に関して 子どもの虐待に関して 子どもの悩み相談 就学、就労に関して	0歳～ 18歳未満
福祉課	生活福祉係 0946-24-8763	身体障害者手帳の申請受付 精神保健福祉手帳の申請受付 各種福祉サービスの受付 障害児福祉手当の申請受付	全年齢
		療育手帳の申請受付	18歳以上
福岡県 久留米児童相談所	0942-32-4458	療育手帳の申請受付	18歳未満

※利用している機関があれば記載しましょう。

（平成27年11月現在）