

支援者引き継ぎシート

支援者が交代する際や、複数の支援機関が連携する際に、スムーズな情報共有と一貫した支援を続けるために活用します。保護者と支援者が一緒に作成・確認することも有効です。

(1) 基本情報

引継ぎ年月日			
引継ぎ元 (機関名・氏名・連絡先)			
引継ぎ先 (機関名・氏名・連絡先)			
本人の氏名			
引継ぎの理由・目的			

(2) 本人の強み・良さ・好きなこと

項目	具体的なエピソード・状況など
本人の良いところ・素敵なおとこ	
得意なこと・好きなこと・興味があること	
本人が力を発揮しやすい状況・環境	
本人が安心できること・リラックスできること	
その他、本人のポジティブな側面	

(3) 支援が必要なこと・苦手なこと

項目	具体的なエピソード・状況など
支援や配慮が必要なこと(日常生活、学習、行動、コミュニケーションなど)	
苦手なこと・不安に感じやすいこと	
上記のような支援が必要となる状況・場面	
特に注意してほしいこと・避けてほしいこと	
その他、支援上の留意点	

(4) これまで行ってきた支援と効果・今後の課題

支援の領域・場面	具体的な支援内容・関わり方(ケースと対応方法)	その支援の効果・本人の反応	具体的なエピソード・状況など
(例:学習面でのAという課題に対して)	(例:Bという方法で声かけし、Cという教材を使った)	(例:集中して取り組めた、笑顔が見られた)	(例:Bの方法を継続しつつ、Dのステップへ進んでほしい)

生活スケジュール／1日

日々の生活リズムや週間のパターン、年間行事などを記録することで、見通しを持った生活を送りやすくしたり、体調管理に役立てたりします。

時間帯	平日(学校や施設のある日)の活動内容・ 医療的ケアなど	休日(自宅などで過ごす日)の 活動内容・医療的ケアなど	睡眠・食事・トイレなど
起床時〜午前			
午前中			
昼食前後			
午後			
夕方〜夕食			
夕食後〜就寝			

生活スケジュール／週間

時間帯	午前	午後	帰宅後・夕方以降	備考(習い事、通院、ヘルパー利用など)
月曜日				
火曜日				
水曜日				
木曜日				
金曜日				
土曜日				
日曜日				
平日の過ごし方のパターン				
休日の過ごし方のパターン				
過ごし方について その他				

生活スケジュール／年間

月	主な予定・行事 (誕生日、学校行事、通院、家族旅行など)	楽しみにしていること・配慮が必要なこと
1月		
2月		
3月		
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		

診断・治療歴

これまでの主な診断名、治療の経過、検査結果などを記録します。

No.	診断名	診断年月日	診断医療機関・医師名	主な治療内容・経過(手術、薬物療法、リハビリなど)	主な検査結果・所見・現在の状況・今後の治療方針	備考
1		年 月 日				
2		年 月 日				
3		年 月 日				
4		年 月 日				
5		年 月 日				
6		年 月 日				
7		年 月 日				
8		年 月 日				
9		年 月 日				
10		年 月 日				

使用中の薬

これまでの主な診断名、治療の経過、検査結果などを記録します。

No.	薬の名称 (一般名/商品名)	形状(錠剤、 粉、液体、吸入、 外用など)	1回の 量・濃度	用法 (1日何回、 いつ、どのように)	処方開 始日	処方目的・ 効果	副作用 (あれば)	処方医療機関・ 医師名	備考
1					年 月 日				
2					年 月 日				
3					年 月 日				
4					年 月 日				
5					年 月 日				
6					年 月 日				
7					年 月 日				
8					年 月 日				

予防接種の状況

母子健康手帳の予防接種記録のコピーを貼付していただければ十分です。

すべてを本紙に転記する必要はありません。例えば、体調の都合で受けられなかった、などといったことも、記載いただくとふとしたときに役に立つかと思われます。

ワクチンの種類	1回目 接種日	2回目 接種日	3回目 接種日	追加 接種日	罹患年月日	備考 (アレルギー等)
	1回目 医療機関	2回目 医療機関	3回目 医療機関	追加 医療機関		
BCG	年 月 日	—	—	—	年 月 日	
DPT-IPV (四種混合)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
IPV (不活化 ポリオ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
MR (麻しん・ 風しん混合)	年 月 日	年 月 日	—	—	年 月 日	
日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
ヒブ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
小児用 肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
水痘	年 月 日	年 月 日	—	—	年 月 日	
B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	—	年 月 日	
ロタウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	—		
おたふくかぜ (任意)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
インフルエンザ (毎年)	年 月 日	年 月 日	—	—	年 月 日	
新型コロナ ウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

学校での様子

学校生活における学習面での様子について、支援者や保護者の方が気づいた点を記録するための参考項目です。支援を考えるための観察のポイントや、有効だった支援をまとめてみてください。

(1) 聞くことについて

御本人についての気づきの例：聞き違いがある（例：「知った」を「行った」と聞き間違える）、聞き漏らしがある、個別に言われると聞き取れるが、集団場面では難しい、指示の理解が難しい、話し合いが難しい（話の流れが理解できず、ついていけない）、その他（聞くことに関して）

(2) 話すことについて

- 適切な速さで話すのが難しい（たどたどしい、早口すぎるなど）
- 言葉につまったりする
- 単語を羅列したり、短い文で内容的に乏しい話をする
- 思いつくままに話すなど、筋道の通った話をするのが難しい
- 内容を分かりやすく伝えるのが難しい
- 口蓋裂の影響で発音しにくい音がある

(3) 読むことについて

- 初めて出てきた単語や、普段あまり使わない語句などを読み違える
- 文中の語句や行を抜かしたり、繰り返し読んだりする
- 音読が遅い
- 勝手読みがある（「いきました」を「いました」と読むなど）
- 文章の要点を正しく読み取るのが難しい

(4) 書くことについて

- 文字のバランスが整いづらい(字の形や大きさが整っていない、まっすぐに書けない)
- 筆順が自分なりになりやすい・筆順を覚えることが難しい
- 文字の細かい部分を書き間違える
- 句読点が抜けたり、正しく打てなかったりする
- 限られた量の作文や決まったパターンの文章しか書けない

(5) 計算することについて・考えること、行動することについて

- 繰り上がり、繰り下がりの計算でつまづく
- 筆算で位をそろえて書くのが難しい
- 九九の記憶や、簡単な暗算が苦手
- 図形やグラフの読み取りが苦手
- 時計を読むのが苦手
- 物事の因果関係を理解するのが難しい(「～だから～になる」が分かりにくい)
- 複数の情報から、次に何が起こるかを予測するのが難しい
- 文章や話の隠れた意味や、人の意図を読み取ることが苦手
- 見通しを立てるのが苦手で、行き当たりばったりな行動になりがち

※ 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について
https://www.mext.go.jp/content/20230524-mext-tokubetu01-000026255_01.pdf



ご家族の思い・悩み・工夫の共有

ご家族が日頃感じていることや、子育てをする上での工夫、悩みなどを共有するためのシートです。
無理のない範囲で記入し、支援者との対話のきっかけにもご活用ください。

(1) 保護者の方ご自身のことについて

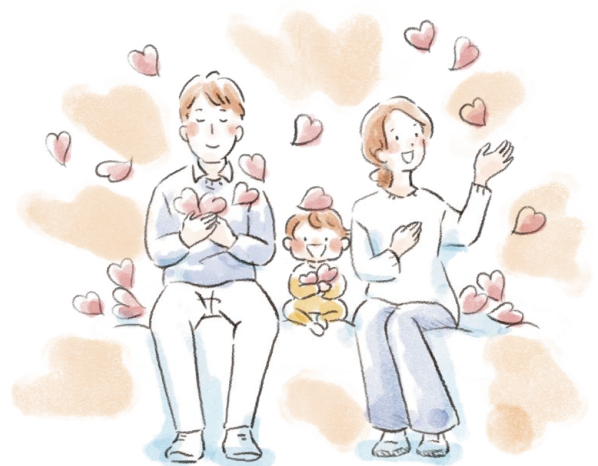
日頃の頑張りをご自身でも振り返り、必要に応じてサポートにつながるきっかけとなれば、とおもい、この欄をご準備いたしました以下のようなことについて当てはまることがあれば、気持ちを自由に書いてみてください。

注: この欄は記載は任意ですので、必要な際に使用していただければと思います。

- 子育てに楽しみや喜びを見つけられますか
- 育児について相談できる人はいますか(いる場合: どなたですか)
- 育児に協力してくれる人はいますか(いる場合: どなたですか)
- 育児に疲労感・負担感がありますか
- 保護者の方の息抜きの機会やストレス解消法はありますか(ある場合: どんなことですか)
- その他、子育てについて思うこと、悩み、サポートしてほしいことなど

(2) ご家族の悩み・工夫・対処法の記録

項目	具体的な内容(悩み、家庭内での工夫、困った時の対応例、嬉しかったことなど)
本人の健康面について	
本人の発達・学習面について	
本人の行動・情緒面について	
きょうだい児について (関わり方など)	
家族の将来設計について	
支援者との連携について	
その他	



日常的に必要な医療的ケア(該当する方のみ)

日常的に、あるいは頻回に特別な医療的ケアや処置が必要な場合に記入します。
処置内容だけでなく、安全に行うための留意点や緊急時の対応も記録しておくことで、
有事があっても安心して日々を過ごすことができるよう目指しています。

処置の名称・必要性	内容・手順・頻度など	使用物品・メーカー名・サイズなど	交換・管理方法	留意事項・緊急時対応	備考・依頼病院
点滴の管理 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ					
中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ					
透析 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	週 回				
ストーマの位置・種類 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ					
酸素吸入 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ		メーカー名:			
レスピレーター <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ		メーカー名: 大きさ: Fr			
気管切開部ケア <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	カニューレ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 種類: 交換頻度: 交換依頼病院:				
疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ					
吸引(部位:口腔内・ 鼻腔・気管内など) <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	回/ 日 など	チューブの太さ: Fr			
エアウェイ <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ		サイズ:			

日常的に必要な医療的ケア(該当する方のみ) 2/2

処置の名称・必要性	内容・手順・頻度など	使用物品・メーカー名・サイズなど	交換・管理方法	留意事項・緊急時対応	備考・依頼病院
モニター測定 (項目:酸素飽和度・ 血圧・心拍など) <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	いつもの値 (目安):				
尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	留置 / コンドーム型 / その他: 太さ: インチ/Fr 精製水: cc	カテーテルの太さ: Fr			
導尿 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	定時 / 臨時				
褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	部位:				
体位交換 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ					
シヤント <input type="checkbox"/> 有(部位:頭部/ その他:) <input type="checkbox"/> 無	トラブル時に診てもらう病院:				
経管栄養(胃チューブ・ 十二指腸チューブ) <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	1日の総量: 1回の分量: 注入回数: 注入時間:	チューブの太さ: Fr 挿入長: mm 落とす速度:	注入時の姿勢: 交換病院:		
胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ	1日の総量: 1回の分量: 注入回数: 注入時間:	種類: 大きさ:	注入時の姿勢: 交換病院:		
水分補給 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ		方法: 量: cc/日			
その他 (名称:) <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ					
安全な処置や 対応のための 留意事項全体					

ご本人がご自身の体と心の状況を知ること

病気の名前や起きていること、起こり得ることをご本人にお伝えすることは、ご家族にとってとてもハードルの高く、悩まれる方の多い話題です。必要に応じて支援機関とも連携を取りながら、少しずつ進めるためのお手伝いの一歩として、情報の整理にお役に立てばと思います。

これまでご本人と話し合ったこと

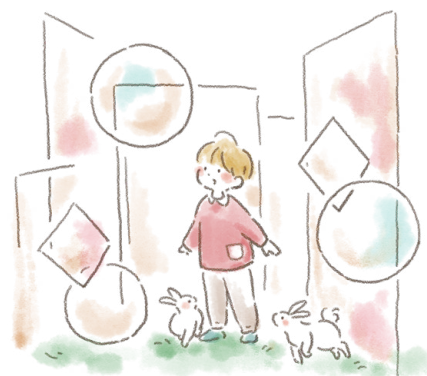
これから話し合いたいこと、その上で悩んでいること

【本人以外へ告知している場合(例:学校、親族、友人など)】	
告知先(誰に/どの範囲まで)	
告知した理由・目的	
告知後の変化・良かった点・困った点	
【告知していない場合/検討中の場合】	
告知していない理由 (例:時期尚早、必要性を感じない、 伝え方が分からないなど)	
告知について考えていること・ 悩んでいること	
誰かに相談しているか	相談相手:

ご本人の権利を守るしくみ

今後に向けて、必要に応じてご検討ください。

成年後見制度の利用状況	<input type="checkbox"/> 申立て済み <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 申立てはしない
項目	状況・内容
【申立て済みの場合】	
種類	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助
就任した年月日	年 月 日
後見人等の氏名	
続柄・所属	
住所	
電話番号	
【検討中の場合】	
検討している理由	
後見人等を願う候補者がいる場合(氏名・続柄・連絡先など)	
相談している専門家・機関(弁護士、司法書士、社会福祉協議会など)	
【申立てはしない場合】	
その理由	
他の支援制度の利用状況(日常生活自立支援事業など)	



お子さんの未来のために、思いを残すシート

将来、お子様や支援者の方々に伝えたい大切な思いや情報を記録しておきましょう。

項目例／自由な形式で記述してください

お子様へのメッセージ

- 生まれてきてくれてありがとうという気持ち
- これまでの一番の思い出
- これからの人生で大切にしてほしいこと
- 好きなこと、得意なことを続けてほしいという願い

支援者の方々へのお願い

- お子様の特性で特に理解してほしいこと
- 関わる上で大切にしてほしいこと
- 困ったときに相談してほしい人や機関

お子様の将来の生活について

- どこで、誰と、どのように暮らしてほしいか
(グループホーム、一人暮らし、親族との同居など)
- 日中活動の希望
(就労、生活介護、趣味の活動など)
- 健康面で特に気をつけてほしいこと
- 楽しみや生きがいとして続けてほしいこと



子育ての記録 ご家族用

年月日	できごと	思い・メッセージ

子育ての記録 支援者用

年月日	できごと	思い・メッセージ