子供とかかわりのあった支援機関 一覧表

№

　このシートは、相談等に行った機関名を時期と併せて記入するためのシートです。保健センター、県こども総合療育センター、発達障害者支援センター、療育施設、病院、保育園、幼稚園など、記入してください。いろいろな相談機関に行かれたとき、この情報があると、その機関の参考になると思います。

※　保護者が記入します

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　月　日 | 年 齢 | 相 談 等 に 行 っ た 機 関 | 連 絡 先 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**相談・療育の記録（一覧表）** №

　このシートは、「子供とかかわりのあった支援機関一覧表」と併せて使います。一覧表に記入した相談・療育機関で受けた支援等について、詳しく記入しましょう。

※　保護者が記入します

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期 間 | 利 用 頻 度 | 相談・療育機関 | 受 け た 支 援 （内容） |
| 年 月 日  ～  年 月 日 | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ） | 相談・療育・生活指導・その他 |
| 年 月 日  ～  年 月 日 | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ） | 相談・療育・生活指導・その他 |
| 年 月 日  ～  年 月 日 | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ） | 相談・療育・生活指導・その他 |
| 年 月 日  ～  年 月 日 | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ） | 相談・療育・生活指導・その他 |
| 年 月 日  ～  年 月 日 | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名    担当者  （ ） | 相談・療育・生活指導・その他 |
|

**相談・療育の記録（支援シート）** №１

※　相談機関・療育施設で記入してくださるとありがたいです。

記録者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施機関名  （ 部 署 ） |  | |
| 連 絡 先 |  | |
| 担 当 者 名 |  | |
| 本記録の期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 主 訴 |  | |
| 相談・療育領域 | (1) 心理発達 (2) 言語 (3) 運動機能 (4) 視覚・聴覚機能  (5) 進路（就学・進学、就労など）  (6) その他（ ） | |
| 子どもの状態 | 基本的  生 活 習 慣 |  |
| 社会性  遊びの様子 |  |
| 言語・コミュ  ニケーション |  |
| 運動機能 |  |
| その他  検査結果等 |  |
| 保護者の願い |  | |
| 相談・療育の  方針、目標 |  | |
|

№２

|  |  |
| --- | --- |
| 支援の内容  と方法 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 結果と評価 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 今後の課題と  引継事項 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （保護者記入欄）  相談、療育の終了  時点での保護者の  感想等 |  |
|  |
|  |
|  |

**医療の記録（一覧表）** №

　このシートは、「子供とかかわりのあった支援機関一覧表」と併せて使います。一覧表に記入したかかりつけのお医者さんや歯医者さんなど医療機関で受けた支援等について、詳しく記入するためのシートです。

※　保護者が記入します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 診 期 間 | 利 用 頻 度 | 医　療　機　関 | 診断・検査・治療等 （内容） |
| 年 月 日  ～  年 月 日  （外来 ・ 入院） | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ）  連絡先 | 診 断  （ ）  検査結果      治療 |
| 年 月 日  ～  年 月 日  （外来 ・ 入院） | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ）  連絡先 | 診 断  （ ） 検査結果    治療 |
| 年 月 日  ～  年 月 日  （外来 ・ 入院） | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ）  連絡先 | 診 断  （ ） 検査結果    治療 |
| 年 月 日  ～  年 月 日  （外来 ・ 入院） | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ）  連絡先 | 診 断  （ ） 検査結果    治療 |
| 年 月 日  ～  年 月 日  （外来 ・ 入院） | １ 回 完 結  週（ ）回  月（ ）回  年（ ）回  不 定 期 | 機関名  担当者  （ ）  連絡先 | 診 断  （ ） 検査結果    治療 |
|

 **医療の記録（支援シート）**

№１

※　医療機関で記入してくださるとありがたいです。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診医療機関名  （ 部 署 ） |  |
| 連 絡 先 |  |
| 職種・担当名 |  |
| 初　　診　　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 主 訴  相 談 事 項  保護者の希望 |  |
| 初診時の状態  （職種・担当名） |  |
| 検査結果  （記入日・職種・  担当名） |  |
| 診　　　　　断  アセスメント  など（記入日） |  |
|

№２

|  |  |
| --- | --- |
| 治　療　内　容  服薬内容・療育支援（リハビリなど）  ・支援相談内容  （記入日・職種・  担当名） |  |
| 今後の方針など  （記入日・職種・  担当名） |  |
| 備　　　　　考 |  |
|