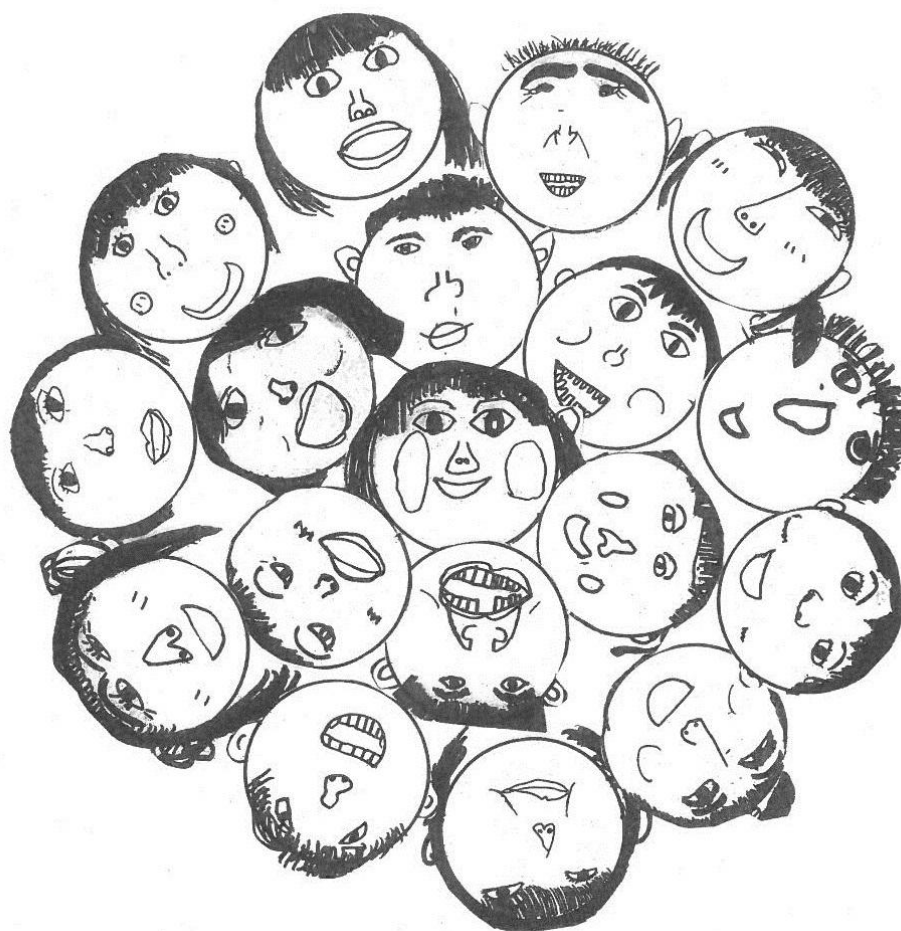


リレーファイル

みらい



内 子 町

はじめに

このファイルはお子さんの成長を支える多くの人たちに、お子さんへの理解を深めてもらうことを目的に作られました。お子さんご家族と一緒に歩んできた大切な成長の足跡となるようなファイルを作ってください。

記入について

- すべての項目を記入する必要はありません。
お子さんにとって必要と思われる情報のみを整理していきます。お子さんの特性や伝えたい情報に応じて、項目や内容を追加・削除してください。
- すべての項目を保護者が記入しなければならないわけではありません。
保育や教育の様子など、支援者の方が詳しく分かる内容については、支援者に協力を求めてみましょう。
また、「個別の支援計画」や「成長の記録」等、お子さんの様子や支援内容が分かるものがあれば、一緒にとじておくのもよいです。身近な支援者と相談しながら一緒に作成していきましょう。

保管・使用上の注意

- 原則として、ご本人・保護者、またはそれに代わる立場の方が責任をもって、厳重にファイルを保管してください。
- 記載する内容は、大変重要な個人情報です。プライバシーの保護など、個人情報の取り扱いには十分注意してください。

支援機関の皆様へ（お願い）

このファイルは、子どもの支援を共通理解し、引き継いでいくために必要な情報を整理していくことを目的としています。支援機関の皆様にもご協力をお願いすることがあるかもしれません。趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い致します。

リレーファイルみらいQ & A

Q1 『リレーファイルみらい』はどのような人を対象に活用しますか？

- 障がいや病気の有無にかかわらず、学校や地域生活において特別な支援や配慮を必要とする人のために活用します。

Q2 『リレーファイルみらい』は誰が作るのですか？

- 基本的には、保護者が主体となって作成していきます。記入の際には、本人の思いや願いも反映していくことも大切です。また、保育や教育、医療や福祉サービスの内容など、保護者が把握しにくい内容については、支援者に協力をお願いしていくことも大切です。

Q3 『リレーファイルみらい』は誰が保管しますか？

- 原則として、ご本人・保護者、またはそれに代わる立場の方（後見人等）が責任をもって保管します。記載する内容は、大変重要な個人情報ですので、プライバシーの保護など、十分な注意が必要です。

Q4 『リレーファイルみらい』はどんなことに役立ちますか？

- 『リレーファイルみらい』は支援をつないでいくためのツール（道具）です。『リレーファイルみらい』を整理していくことで、これまでどのような支援を受けてきたのか、どのような支援を必要としているのか、新たに関わる支援者に情報を伝えやすくなり、新しい相談機関に行くたびに同じことを何度も始めから説明しなくてすむようになります。

また、教育の場においては『個別の教育支援計画』や『個別の指導計画』を作成する上での重要な情報源となります。『リレーファイルみらい』は子どもの支援に関わる人たちと情報を共有することに役立ちます。

Q5 『リレーファイルみらい』はすべて記入しなければならないのですか？

- すべての項目を記入する必要はありません。子どもの支援にとって必要と思われる項目を選択して活用します。子どもの特性や伝えたい情報に応じて、項目や内容を付け加えたり、削除したりしてもかまいません。子ども一人一人特性は異なりますので、オリジナリティも大事です。

Q6 『リレーファイルみらい』はいつから作成したらいいのでしょうか？

- 記入開始に決まった時期はありません。保護者の方が「子どもの特性を理解してもらいたい」「子どもにとって必要な支援を継続して行ってほしい」と思われたときに『リレーファイルみらい』を活用しはじめることが望ましいと考えられます。
必ずしも過去にさかのぼって記入する必要はありませんが、小さい頃のエピソードが支援の手がかりとなることもあります。無理のない範囲で記入してください。

Q7 エピソード記録にはどんなことを書いたらいいのでしょうか？

- 子どもが初めて体験したことやできるようになったこと、家族旅行や学校行事などの成長の過程を記録します。子どもの様々な成功体験や失敗経験が、後々の支援の手がかりとなることもあります。「こうしたら、うまくできた」など支援のポイントが記録されると大変参考になります。アルバム風に用紙に写真を貼って、記録を残すなど工夫してみてもいいかもしれません。

★ 上手な活用のポイント ★

- 手帳類（母子手帳、療育手帳等）や診察券等を保管できるジッパー付きのファイル用クリアポケットと一緒に綴じ込んでおくと便利です。
- つぎの資料と一緒に挟み込むことで、書き込む手間が省けます。
 - 母子手帳
 - 個別の指導計画
 - 個別の教育支援計画
 - 通知表
 - 健康診断の結果
 - 事業所のフェイスシート写し
 - 薬の記録
 - 寄宿舎の記録
 - 個別支援計画
 - おくすり手帳
 - サービス受給者証
 - 障がい手帳

●●●●● リレーファイルみらい シート一覧 ●●●●●

すべての項目を記入する必要はありません。子どもの支援に必要な情報のみを選択して整理していきます。

ファイルに綴じ込んだシートにチェック✓を入れましょう。
必要に応じて増し刷りしてご活用ください。

チェック	シ ー ト 名	備 考
✓	表紙・はじめに	
✓	リレーファイルみらいQ&A	
✓	リレーファイルみらいシート一覧	
✓	プロフィール	
	成育歴（乳幼児期）	
	教育歴	
	予防接種の記録	
	医療・検査の記録	
	薬の記録	
	健診・相談の記録	
	療育等の記録	
	福祉支援の記録	
	就学前の記録	
	小学校の記録	
	中学校の記録	
	高等学校の記録	
	成人期の記録	
	職業訓練の記録	
	就労の記録	
✓	問い合わせ先	

1. プロフィール

(記入日：平成 年 月 日)

● 基本情報 ①

ふりがな			愛称 (日頃の呼び方)	
氏 名				
生年月日	年 月 日		性別	
住 所				
電 話 (連絡先)	自宅		携帯	(続柄)
家 族 の 状 況	続柄	氏 名	生年月日	同居の別
	(保護者)		. .	同 ・ 別
			. .	同 ・ 別
			. .	同 ・ 別
			. .	同 ・ 別
			. .	同 ・ 別
			. .	同 ・ 別

自 由 欄	<p>～変更事項や、書ききれない事項など自由に書きましょう～</p>
-------	------------------------------------

(記入日：平成 年 月 日)

●基本情報 ②



長所・特技

好きなこと・もの

苦手なこと・もの

ともだち・仲間

休日の過ごし方

(記入日：平成 年 月 日)

● 関係機関マップ

<p>機関名：.....</p> <p>担当者：.....</p> <p>連絡先：.....</p> <p>支援概要：.....</p> <p>支援期間： 年 月 日から 年 月 日まで</p>		<p>機関名：.....</p> <p>担当者：.....</p> <p>連絡先：.....</p> <p>支援概要：.....</p> <p>支援期間： 年 月 日から 年 月 日まで</p>
<p>機関名：.....</p> <p>担当者：.....</p> <p>連絡先：.....</p> <p>支援概要：.....</p> <p>支援期間： 年 月 日から 年 月 日まで</p>		<p>機関名：.....</p> <p>担当者：.....</p> <p>連絡先：.....</p> <p>支援概要：.....</p> <p>支援期間： 年 月 日から 年 月 日まで</p>
<p>機関名：.....</p> <p>担当者：.....</p> <p>連絡先：.....</p> <p>支援概要：.....</p> <p>支援期間： 年 月 日から 年 月 日まで</p>		<p>機関名：.....</p> <p>担当者：.....</p> <p>連絡先：.....</p> <p>支援概要：.....</p> <p>支援期間： 年 月 日から 年 月 日まで</p>

自由欄	
-----	--

自由欄	～気になったことや、医師から指摘されたことなど自由に書きましょう～
-----	-----------------------------------

3. 教育歴

	名 称	入園・入学	卒園・卒業
保育園・幼稚園等		年 月	年 月
		年 月	年 月
小 学 校		年 月	年 月
		年 月	年 月
中 学 校		年 月	年 月
		年 月	年 月
高等学校		年 月	年 月
		年 月	年 月

自由欄	
-----	--

4. 予防接種の記録

種 類	接種年月日			
Hib 感染症	1 回目 年 月 日	2 回目 年 月 日	3 回目 年 月 日	4 回目 年 月 日
小児肺炎球菌感染症	1 回目 年 月 日	2 回目 年 月 日	3 回目 年 月 日	4 回目 年 月 日
BCG	年 月 日			
ポリオ(経口生ワクチン) ※該当しない方もあります。	1 回目 年 月 日	2 回目 年 月 日		
四種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ)	1 期 1 回目 年 月 日	1 期 2 回目 年 月 日	1 期 3 回目 年 月 日	追加 年 月 日
三種混合 (百日咳・破傷風・ジフテリア)	1 期 1 回目 年 月 日	1 期 2 回目 年 月 日	1 期 3 回目 年 月 日	追加 年 月 日
麻疹・風疹(MR)ワクチン	1 期 年 月 日	2 期 年 月 日		
麻疹(はしか)	1 期 年 月 日	2 期 年 月 日		
風疹	1 期 年 月 日	2 期 年 月 日		
日本脳炎	初回 1 回目 年 月 日	2 回目 年 月 日	追加 年 月 日	2 期 年 月 日
水痘	1 回目 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

自 由 欄	
-------	--

5. 医療・検査の記録

●特記すべき既往歴

[illegible]

●かかりつけ医

医療機関名	診療科	担当医	電話番号

自由欄	～体質の特徴や、アレルギーなど自由に書きましょう～
-----	---------------------------

6. 薬の記録

● 飲んではいけない薬

薬名	処方目的、問題になった症状など

● 毎日飲んでいる薬

薬名（処方期間）	処方目的など	服用状況・配慮すること	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状・数量
		飲み方・ 飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状・数量
		飲み方・ 飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状・数量
		飲み方・ 飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状・数量
		飲み方・ 飲ませ方	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状・数量
		飲み方・ 飲ませ方	

7. 健診・相談の記録

(NO.)

相談等の機関名・相談者名	実 施 日	内 容
乳幼児家庭訪問	年 月 日 (歳 か月)	1. 異常なし 2. 助言 3. 経過観察 4. 紹介 () 5. その他 ()
1歳6か月児健康診断	年 月 日 (歳 か月)	1. 異常なし 2. 助言 3. 経過観察 4. 紹介 () 5. その他 ()
3歳児健康診断	年 月 日 (歳 か月)	1. 異常なし 2. 助言 3. 経過観察 4. 紹介 () 5. その他 ()
	年 月 日 (歳 か月)	
	年 月 日 (歳 か月)	
	年 月 日 (歳 か月)	
	年 月 日 (歳 か月)	

(NO.)

[illegible]

8. 療育等の記録

(NO.)

[illegible]

(NO.)

[illegible]

9. 福祉支援の記録

● 手 帳

手帳の種類	等級等	取得日	次回判定年月
身体障害者手帳 (有・無)	種 級	年 月 日	年 月
	障がいの種類：		
	種 級	年 月 日	年 月
	障がいの種類：		
	種 級	年 月 日	年 月
	障がいの種類：		
療 育 手 帳 (有・無)	A ・ B	年 月 日	年 月
	A ・ B	年 月 日	年 月
精神保健福祉手帳 (有・無)	級	年 月 日	年 月
	級	年 月 日	年 月

● 手当等

制度の名称	支給決定日	支給開始日
特別児童扶養手当 (有・無)	年 月 日	年 月 日
障害児福祉手当 (有・無)	年 月 日	年 月 日
心身障害者 扶養共済給付金 加入：(有・無) 給付：(有・無)	年 月 日	年 月 日
その他 ()	年 月 日	年 月 日

● 医療補助

制度の名称	公費負担者番号	受給者番号
重度心身障害者 医療費受給者証 (有・無)		
自立支援医療 (育成・更生・精神通院) (有・無)		
小児慢性特定 疾患医療受給券 (有・無)		

10. 就学前の記録

就学前【 歳】

園 名 等			クラス担任	
園外の主な 支 援 機 関	機関名	(担当者：)		
	機関名	(担当者：)		
	機関名	(担当者：)		

1 家庭や地域での様子

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・歯磨き・洗面等）
② 遊びや興味・関心について
③ ことばやコミュニケーションについて
④ その他

※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

2 エピソード記録【 歳】

(NO.)

日 付	出 来 事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

3 園の記録【 歳】

記入者（ ）

本 児 の 様 子		支援の手立て・配慮事項
身辺自立	食事	
	着替え	
	排泄	
ことば		
遊び		
人との関わり		
集団行動		
運動		

※既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

11. 小学校の記録

小学校【 年生】

学校名			学級担任	
在 籍	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ ） <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
特別支援教育コーディネーター				
学校外の主な支援機関	機関名	（担当者： ）		
	機関名	（担当者： ）		

1 家庭や地域での様子

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・片づけ・手伝い等）
② 興味や関心（趣味や特技）
③ 放課後や休日の過ごし方
④ 本人の気持ち（願い、悩み、困っていること等）

※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

2 エピソード記録【小学 年生】

(NO.)

日 付	出 来 事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

3 学校の記録【小学 年生】

記入者（ ）

	本 児 の 様 子	支援の手立て・配慮事項
生活面		
学習面		
対人面		
その他		

※既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

12. 中学校の記録

中学校【 年生】

学校名			学級担任	
在 籍	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級（ ） <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
特別支援教育コーディネーター				
学校外の主な支援機関	機関名	（担当者： ）		
	機関名	（担当者： ）		

1 家庭や地域での様子

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・片づけ・手伝い等）
② 興味や関心（趣味や特技）
③ 放課後や休日の過ごし方
④ 本人の気持ち（願い、悩み、困っていること等）

※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

2 エピソード記録【中学 年生】

(NO.)

日 付	出 来 事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

3 学校の記録【中学 年生】

記入者（ ）

	本人の様子	支援の手立て・配慮事項
生活面		
学習面		
対人面		
その他		

※既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

13. 高等学校の記録

高等学校【 年生】

学校名		学級担任	
学科・コース等			
特別支援教育コーディネーター			
学校外の主な支援機関	機関名	(担当者：)	
	機関名	(担当者：)	

1 家庭や地域での様子

① 生活面（睡眠・食事・着替え・入浴・片づけ・手伝い等）
② 興味や関心（趣味や特技）
③ 放課後や休日の過ごし方
④ 本人の気持ち（願い、悩み、困っていること等）

※できるようになったことや変化のあった出来事を書きましょう。

2 エピソード記録【高校 年生】

(NO.)

日 付	出 来 事
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

※初めてできるようになったことや行事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

3 学校の記録【高校 年生】

記入者（ ）

	本人の様子	支援の手立て・配慮事項
生活面		
学習面		
対人面		
部活動等		

※既存の「個別の指導計画」や「指導の記録」等を代用してもかまいません。

14. 成人期の記録

(記入日：平成 年 月 日)

1 生活状況

(記入者：)

居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家（アパート・公営住宅等） <input type="checkbox"/> 寄宿舍・寮 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 福祉施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
主な移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
日常生活 (身辺自立)	食 事	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	洗 濯	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	片づけ	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	排泄・排尿	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	入 浴	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	身だしなみ	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	買物・外出	<input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 部分的に支援 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要	
	主な支援者		
本人の 願いや目標			
主な日中活動	場 所		
	内 容		
	主な支援者		
余暇活動 趣味・特技			
金銭管理	支援者		

※生活状況に大きな変化や節目があったときに書き換えましょう。

2 エピソード記録【成人期】

(NO.)

日 付	出 来 事
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

※初めて体験したことやイベント事など、記録に残しておきたい出来事を書きましょう。

3 支援者の記録

(NO.)

支援機関名		支援者	
主な支援内容			
支援のポイント・配慮事項			

支援機関名		支援者	
主な支援内容			
支援のポイント・配慮事項			

※支援者同士が情報を共有するために作成しています。ご協力お願いします。

15. 職業訓練の記録

(記入日：平成 年 月 日) (記入者：)

機 関 名	(代表者：)		
住 所			
連 絡 先	TEL	FAX	
指 導 者			
居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家（アパート・公営住宅等） <input type="checkbox"/> 寄宿舍・寮 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 福祉施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="text-align: right;">移動所用時間【 時間 分】</div>		
本人の 就労への願い			
主な訓練内容			
指導目標・課題			
支援・配慮事項			
相談・支援機関	機関名	(担当者：)	
	機関名	(担当者：)	

16. 就労の記録

(記入日：平成 年 月 日) (記入者：)

会 社 名	(代表者：)	
住 所		
連 絡 先	TEL	FAX
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 () 1日【 時間】 週【 日】 週休【 日】	
報 酬	<input type="checkbox"/> 時給 () 円 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給 () 円 () <input type="checkbox"/> 月給 () 円	
通勤手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎 () <input type="checkbox"/> その他 () <div style="text-align: right;">移動所用時間【 時間 分】</div>	
主な業務内容		
業務遂行上の課題		
支援・配慮事項		
相談・支援機関	機関名	(担当者：)
	機関名	(担当者：)

★★ 問い合わせ先 ★★

保健サービスに関すること・・・内子町地域医療・健康増進センター

電話 0893-44-6155

福祉サービスに関すること・・・内子町保健福祉課 福祉係

電話 0893-44-6154

就学に関すること・・・・・・・・内子町教育委員会 学校教育課

電話 0893-44-2124

平成27年度 内子町特別支援連携協議会作成