

## の自己紹介

生年月日 年 月 日

こんな人です

身長 cm 体重 kg

# 写真

得意なこと・好きなこと

苦手なこと・感覚

- はじめての活動・場所 はじめての人 予定の変更 活動や行動のきりかえ  
音 光 におい さわられること 暑さ 寒さ  
その他( )

パニックになってしまったら・対処法

安心できる場所・活動 声かけのしかた・かかわり方

行 動

- うごきまわる そわそわする ぼんやりする 衝動的にうごきだす  
注意が散りやすい 高いところにのぼったり、とびおる  
その他( )  
かかわり方のポイント

身体に関すること

緊急時の対応

- てんかん  
アレルギー( )  
発作 ( )  
ペースメーカー 胃ろう  
移動介助 転倒しやすい・手をつなぐ・手引き歩行  
聴覚障害 視覚障害 難病  
その他( )

---

---

---

---

親の願い・本人の願い

## の支援状況

記入日 年 月 日 ( 歳 カ月)

住所 \_\_\_\_\_

日中の活動場所(通っている所・職場)

名称 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

医療機関

名称 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_

福祉サービス

家事援助(ヘルパー)

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

身体介助(ヘルパー)

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

通院介助

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

短期入所(ショートステイ)

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

移動支援(ガイドヘルパー)

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

日中一時

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

その他の福祉サービス

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

習い事など

事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

相談支援事業所

名称 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先

名前 \_\_\_\_\_

続柄( )

電話 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

続柄( )

電話 \_\_\_\_\_