**サポートの記録**

～幼児期～

**●ネットワーク～横の情報（支援・サービス）をつなげましょう**

　現在、よく行く所について記入してください。

（例）相談支援・保健センター・保育所・幼稚園・児童発達支援・ヘルパー・医療機関

地域で関わりのある人や店・習い事・よく行くスーパーなど

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

場　所：

(担当者)

連絡先：

内　容：

**幼児期**

**●みなさんへ伝えたいこと**（記入日:　　　年　　月　　日）

**〈本人のすがた〉**※自立：自分でできる　一部支援：一部お手伝いが必要　全部支援：全てにお手伝いが必要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　　氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳　　か月） |
| 項目 | 自立 | 一部支援 | 全部支援 | 備考 |
| ＊当てはまる欄に○印 |
| からだのこと | 移動 | 屋内 |  |  |  |  |
| 屋外 |  |  |  |  |
| 姿勢 | 立った状態 |  |  |  |  |
| 座った状態 |  |  |  |  |
| 寝返り |  |  |  |  |
| 起き上がり |  |  |  |  |
| その他 |  |
| 生活習慣のこと | 食事 | 手づかみ | する　・　しない |  |
| スプーン使用 |  |  |  |  |
| 箸の使用 |  |  |  |  |
| コップの使用 |  |  |  |  |
| 好きなもの |  |
| 嫌いなもの |  |
| 排泄 | 排尿 |  |  |  |  |
| 排便 |  |  |  |  |
| 着脱 | シャツ |  |  |  |  |
| ズボン |  |  |  |  |
| 下着 |  |  |  |  |
| 靴 |  |  |  |  |
| 帽子 |  |  |  |  |
| 清潔 | 歯磨き |  |  |  |  |
| 手洗い |  |  |  |  |
| 顔を洗う |  |  |  |  |
| 整髪 |  |  |  |  |
| 入浴 |  |  |  |  |
| 睡眠 | 睡眠時間（　　：　～　　：　　） | 昼寝（　：　～　：　　） | 寝つきが悪い ・ 不規則 癖やこだわりがある( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コミュニケーション | 本人→相手 | □言葉で伝える（ 単語 ・ 二語文 ・　　　　　　　 ）□独自の方法で伝えられる　 ジェスチャー ・ 文字カード ・ 絵カード ・ 写真 ・ 実物  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  |
| 相手→本人 | □言葉で理解している（ 単語 ・ 二語文 ・ 　　　　　　　　　）□独自の方法で理解している　 ジェスチャー ・ 文字カード ・ 絵カード ・ 写真 ・ 実物　 時間 ・ タイマー ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 表現方法 | したい時 |
| ほしい時 |
| 嫌な時 |
| 痛い時 |
| 具合が悪い時 |
| 遊び | 好きな遊び |  |
| 苦手な遊び |  |
| 好き・得意なこと | 物・過ごし方など |  |
| 嫌い・苦手なこと | 音・ 物 ・臭い味・場所・感触など | 具体例　　　　　　　　　　　　　　　支援・配慮のポイント　　　　　 |
| 集団生活 | 項　目 | 支援・配慮のポイント |
| □順番を待つ |  |
| □集団活動への参加 |  |
| □一斉指示での行動 |  |
| □ルールや約束を守る |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 行　動 | パニック（ 無 ・ 有 ） | きっかけやサイン | その時の様子 | 予防策や対応 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| こだわり（ 無 ・ 有 ） | どういう時 | どのようなこと | 対応 |
|   |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |
| 安全面 | どういう時 | どのようなこと | 対応 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |