

連携シート（記入例）

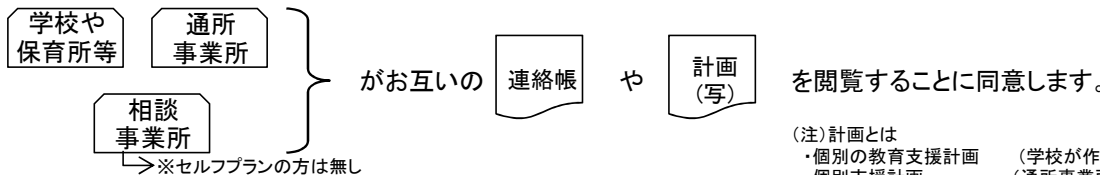
（記入日） 令和 年 月 日 時点

児童の 情報	氏名 タカツキ 高槻 太郎 太朗	年齢 10 歳	性別 男・女 男	保護者 タカツキ 高槻 花子 ハナコ	続柄 母		
	生年月日 [HO 年 O 月 OO 日] 生まれ			(TEL) 072-686-3032 (緊急連絡先) 000-▲▲▲▲-■●●■			
所 属	名称 高槻市立子育て小	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> 学校 <input checked="" type="checkbox"/> 支援学級在籍 <input type="checkbox"/> その他 ()		年度 4年度	学年 4年	学級 1組	担当教諭 OO先生(担任) OO先生(支援)
	通学手段 <input checked="" type="checkbox"/> 自主通学 <input type="checkbox"/> スクールバス <input type="checkbox"/> 保護者が送迎 <input type="checkbox"/> その他 ()			年度	年		
	(相談先) <input type="checkbox"/> 教育センター(担当者) () <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー(担当者) () <input type="checkbox"/> その他 ()			年度	年		
				年度	年		
医 療	医療機関名	科目	主治医	TEL	通院頻度	服薬	
	OO病院	小児科	OO先生	000-0000	1回/週 月・年	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					回/週・月・年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					回/週・月・年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					回/週・月・年	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他	(からだのことで知っておいてほしいことがあれば書いてください。例:食物アレルギーがある、てんかん発作があるなど)						

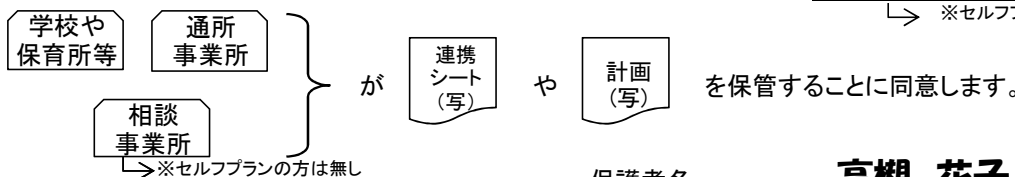
※お子さんの好きなこと・苦手なことや、福祉サービスについては裏面にご記入ください。

<情報の閲覧について>

※目的外の使用はいたしません。



<情報の保管について>



保護者名 **高槻 花子**

* 連携シートの目的 *

※この『連携シートは』、ご家庭・学校・使っている福祉サービスなど、お子さんに関わる大人たちがみんなで連携し、お子さんの様子を良く知り、より良い支援ができるようになることを目的に作られました。相談ののってくれる人や、お子さんの好きなこと、習い事など何でも書きたいことを書いて、みんなにお子さんをよく知ってもらいましょう。

※上の「情報の閲覧」「情報の保管」について同意いただいた場合は、学校や事業所がお子さんへの支援計画を作るときなどに、他機関の連絡帳や計画を見せていただいてその様子や支援方法を参考にしたり、支援をするときに普段と様子が違っていた場合などに、連絡帳でその理由を確認して支援方法を工夫したりすることができます。また、学校や事業所でこの『連携シート』や他機関の『計画』のコピーを保管し、必要ときに内容を確認させていただきますので、お子さんに日々ファイルを持ち歩いていただく必要はありません。保護者様が支援会議などに出席される場合に、お持ちください。

●利用しているサービスなどについて

(児童名)

		事業所名	種別	担当者	TEL	利用曜日	開始年月
障がい児通所サービス		〇〇ルーム	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問	〇〇さん	〇〇〇-〇〇〇〇	月 火 水 土 木 金 日	令和4年 5月
			<input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			月 火 水 土 木 金 日	
障がい福祉サービス		〇〇サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時 <input type="checkbox"/> ()	〇〇さん	〇〇〇-〇〇〇〇	月 火 水 土 木 金 日	令和4年 6月
			<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時 <input type="checkbox"/> ()			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時 <input type="checkbox"/> ()			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時 <input type="checkbox"/> ()			月 火 水 土 木 金 日	
			<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時 <input type="checkbox"/> ()			月 火 水 土 木 金 日	
計画	児童発達支援利用計画はどちらですか？ <input checked="" type="checkbox"/> セルフプラン <input type="checkbox"/> 相談支援事業所の計画						
相談機関	機関名	担当者		TEL			
	相談支援センター〇〇	〇〇さん		〇〇〇-〇〇〇〇			
その他	(好きなこと、苦手なこと、知っておいてほしいこと、習い事など自由に書いてください) ・乗り物が好きで、よくバスや電車に乗って出かけます。 ・大きな音が苦手です。 ・スイミングに通っています。						

※ 事業所等の利用をやめた場合は、**＝** で事業所名等を消してください。
 新しい事業所等の利用を始めた場合は、空欄に追記してください。