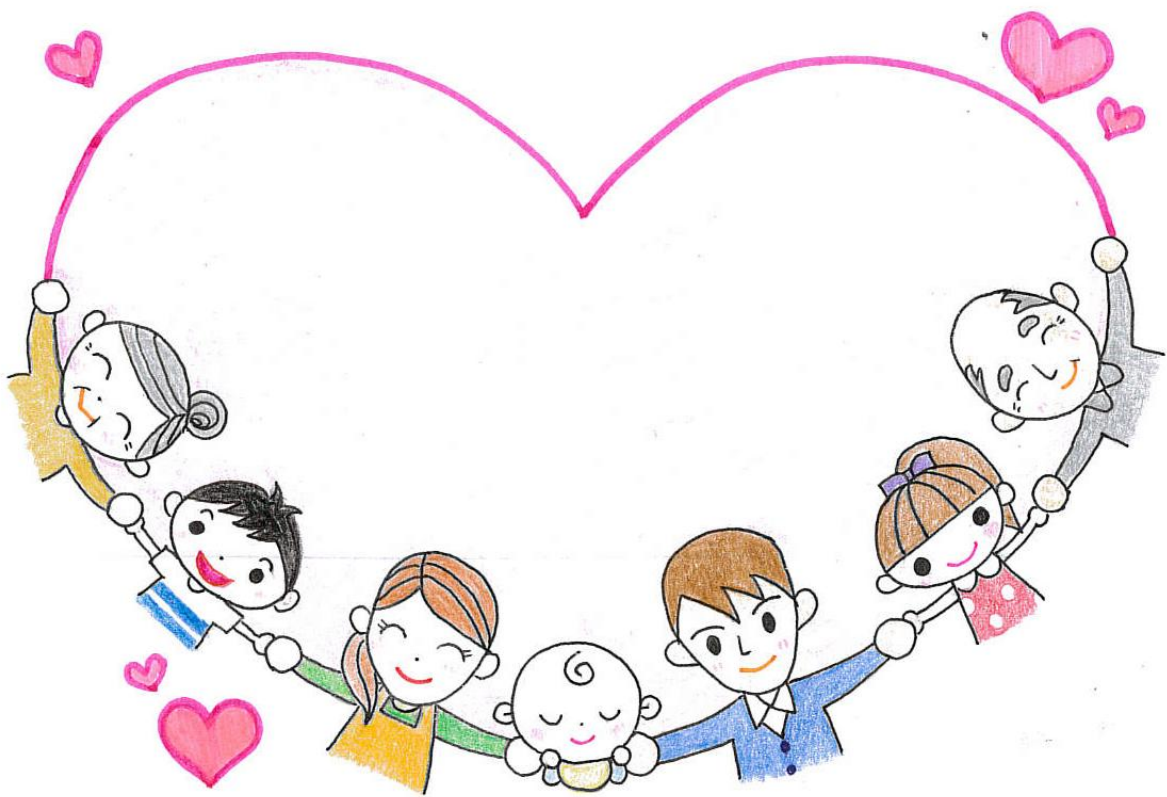


# あいづばんげまち サポートブック

はっぴい<sup>♡</sup>



氏 名 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

ニックネーム \_\_\_\_\_

## サポートブックの使い方

サポートブックとは・・・

お子さんの情報や特性について記録し、成長していく中で関わる人や環境が変わっても、共通した認識のもとに、お子さんにとってより良い支援ができるようにすることを目的に作られました。

サポートブックを支援にかかわる関係機関・関係者と共有することで、初めての環境でも、お子さん・保護者の方が安心して楽しく過ごせる手助けになるものです。

※ご記入いただいた個人情報は、本人及びご家族の支援のみに利用いたします。個人情報について、本人及びご家族の同意を得ずに第三者に開示または提供することはいたしません。

### <サポートブックの使い方>

①記入できるところから書き入れていきましょう。

(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だと思われる情報のみを整理していきます。)

②保育や教育の様子など、支援者でなければ分からない内容については、支援者に協力を求めてみましょう。

③医療機関への受診や相談、福祉サービスの手続き等のときには必ず持参し、必要に応じて書き入れてもらいましょう。

④気づいたことや心配なことなど、何でも自由に記録しておきましょう。用紙が不足したときは、関係機関から提供してもらるか、町のホームページからダウンロードできます。印刷して利用してください。

⑤ファイルには、ご本人の相談や治療に関する資料も一緒につづっておきましょう。

⑥このファイルは保護者が必要なときに記録し、保管していただきます。

## 目次

♪プロフィール	1
緊急時の連絡先	
♪診断と判定について	2
交付されている手帳	
♪PRのページ	3
♪生育歴・支援の経過	4
①生育歴 ②発達の経過 ③予防接種状況	
④既往歴 ⑤お子さんの様子で気になること	5
⑥居住地 ⑦在籍等の状況 ⑧療育・保育歴	6
♪健康情報	7
♪記録	8
♪現在の関係機関	9
♪生活について	10
①食事	
②トイレ ③着替え	11
④入浴 ⑤睡眠	12
⑥洗面 ⑦外出・移動	13
♪コミュニケーション	14
♪感覚の特性	15
♪行動の特性	16
♪支援のヒント集	17
♪保育の記録（保育所・幼稚園・通所支援等）	18
♪教育の記録（就学～卒業まで）	19
♪進路の記録（卒業～）	20
♪生活の記録①	21
生活状況	
♪生活の記録②	22
♪支援者のページ	23
♪専門機関・関係機関のご案内	24
♪発達障がい児支援機関のご案内	25

プロフィール

年 月 日 作成 記入者：

ふりがな					顔写真
氏名					
生年月日	年	月	日生	歳	
性別		血液型			
住所					
TEL	— —				
家族の 状況	氏名	続柄	生年月日	職業	同居の別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
<家族構成 (ジェノグラム)・備考>    □→男    ○→女    二重線→本人 例)					

緊急連絡先

連絡順	氏名	続柄	
1	連絡先		自宅・勤務先・携帯
			自宅・勤務先・携帯
	住所		
2	氏名	続柄	
	連絡先		自宅・勤務先・携帯
			自宅・勤務先・携帯
	住所		
3	氏名	続柄	
	連絡先		自宅・勤務先・携帯
			自宅・勤務先・携帯
	住所		

診断と判定について

年 月 日 作成

年月日	機関名	診断名・判定内容

交付されている手帳及び支給内容

療育手帳	無 ・ 有 ( A ・ B )	年 月交付	
身体障害者手帳	無 ・ 有 ( 種 級 )	年 月交付	
精神保健福祉手帳	無 ・ 有 ( 種 級 )	年 月交付	
重度心身障がい者医療	該当 ・ 非該当	障害基礎年金	1級 ・ 2級
特別児童扶養手当	無 ・ 有 ( 級 )	障害児福祉手当	無 ・ 有
自立支援医療	無 ・ 有	日常生活用具・ 補装具	無 ・ 有

長所・特技

☆子どものいいところをたくさん見つけてみましょう☆

好きなこと

苦手なこと

余暇の過ごし方

①生育歴（母子手帳を確認して記載してください。）

妊娠中の健康状態	○不妊治療 無 ・ 有 ○妊娠中 異常なし ・ 異常あり 切迫流産 ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 前置胎盤 貧血 ・ その他（ ）
出産の状況	○出産病院（ ） ○妊娠期間 妊娠（ ）週 ○分娩所要時間（ 時間 分） ○分娩の状況 自然分娩 ・ 帝王切開 ・ 鉗子分娩 吸引分娩 ・ その他（ ）
出産時の児の状態	○出生体重（ g） ○異常なし ・ 異常あり 所見 仮死（ 日間） ・ 黄疸 ・ その他（ ） 処置 保育器使用（ 日間） ・ 光線療法（ 日間） その他（ ）

②発達の経過

くびのすわり	歳 か月頃	寝返り	歳 か月頃
おすわり	歳 か月頃	はいはい	歳 か月頃
つかまり立ち	歳 か月頃	歩行	歳 か月頃
意味のある言葉を話す（マンマ、ママ、パパ、ブーブー等）			歳 か月頃

③予防接種状況（済んだものに○）

ヒブ（ 回） ・ 小児用肺炎球菌（ 回） ・ 四種混合（ 回） ・ BCG
麻疹風疹（ 回） ・ 日本脳炎（ 回） ・ 水痘（ 回）
その他（ ）

<b>④既往歴</b>			
熱性けいれん	無 ・ 有	年 月 日	処置等
てんかん	無 ・ 有	初診 年 月 日	服薬
入院	無 ・ 有	年 月 日	病名 病院 入院日数 処置等
手術	無 ・ 有	年 月 日	病名 病院 処置等
慢性疾患	無 ・ 有	年 月 日	病状等
はしか	無 ・ 有	おたふく	無 ・ 有
水ぼうそう	無 ・ 有	風しん	無 ・ 有
アレルギー	無 ・ 有 ( )		
アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 食物アレルギー ( ) ・ その他 ( )			
<b>⑤お子さんの様子で気になること</b>			
(例) ○歳頃	(例) 寝つきが悪い。言葉が遅い。かんしゃくをおこす。 など		
(例) 年 月	(例) ○歳児健診の時に……。 など		



⑥居住地（転居等により居住地が変わった場合、記載してください。）

居住期間	住 所
年 月（ 歳 か月）～	
年 月（ 歳 か月）～	
年 月（ 歳 か月）～	

⑦在籍等の状況

保育所	名称	年 月～	年 月
幼稚園	名称	園	年 月～ 年 月
小学校	名称	小学校	年 月～ 年 月
特別支援	名称		年 月～ 年 月
中学校	名称	中学校	年 月～ 年 月
特別支援	名称		年 月～ 年 月
高校	名称	高等学校	年 月～ 年 月
特別支援	名称		年 月～ 年 月
大学	名称	大学	年 月～ 年 月
その他	名称		年 月～ 年 月

⑧療育・保育歴

療 育	名称	年 月～	年 月
	名称	年 月～	年 月
	名称	年 月～	年 月
	名称	年 月～	年 月
	名称	年 月～	年 月
育児教室 育児サークル	名称	年 月～	年 月
	名称	年 月～	年 月
	名称	年 月～	年 月

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬を記載してください。

病院名	( 科)		
主治医氏名	TEL		
診断名			
服薬中の薬（処方期間）	何の薬（処方目的、副作用等）	服用状況・配慮すること	
例) マグラックス  27年4月～ 年 月	便を軟らかくする薬	形状： 錠剤	
		服薬時間： 寝る前	
		飲み方・飲ませ方 ヨーグルトと一緒に混ぜて飲む	
年 月～ 年 月		形状：	
		服薬時間：	
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		形状：	
		服薬時間：	
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		形状：	
		服薬時間：	
		飲み方・飲ませ方	
年 月～ 年 月		形状：	
		服薬時間：	
		飲み方・飲ませ方	
〔特記事項〕 ※主治医からの注意事項など			



## 現在の関係機関

年 月 日 作成

現在関わっている機関について記載してください。(例) 学校、保育所、児童デイサービス、医療機関など

機関名：.....  
担当者：.....  
連絡先：.....  
支援概要：

利用日： 年 月～ 年 月

機関名：.....  
担当者：.....  
連絡先：.....  
支援概要：

利用日： 年 月～ 年 月

機関名：.....  
担当者：.....  
連絡先：.....  
支援概要：

利用日： 年 月～ 年 月

機関名：.....  
担当者：.....  
連絡先：.....  
支援概要：

利用日： 年 月～ 年 月

機関名：.....  
担当者：.....  
連絡先：.....  
支援概要：

利用日： 年 月～ 年 月

機関名：.....  
担当者：.....  
連絡先：.....  
支援概要：

利用日： 年 月～ 年 月

## ①食事

食べてはいけないもの (アレルギー等)	食べてしまったときの 身体の変化・症状	症状が出たときの 対応方法

## &lt;食事介助について&gt;

食事を食べること	<input type="checkbox"/> 自立 ( <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> エジソン箸 )
	<input type="checkbox"/> 部分介助 (内容: )
	<input type="checkbox"/> 全面介助 (内容: )
食物形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> みじん
	<input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 経管栄養
とろみ	<input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 適度の水分必要 (状態: )
	<input type="checkbox"/> 必要 ( <input type="checkbox"/> 園で準備 )
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態: )
そしゃく	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不十分 (状態: )
食事に要する時間	約 分
食事による疲労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度: )
摂食時の姿勢	<input type="checkbox"/> いす <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 抱きかかえ
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
好き嫌い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
好きな食べ物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
嫌いな食べ物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
摂取時の 配慮事項	痰のからみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態: )
	咳込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態: )
	舌の突き出し <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態: )
	発作 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態: )
	眠気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態: )
	その他

## ② トイレ

1人でできること	<input type="checkbox"/> おしっこやうんちがしたいことを伝えることができる。 <input type="checkbox"/> くちで言う <input type="checkbox"/> 動作 ( )	支援や配慮が必要なこと
	<input type="checkbox"/> 男女のトイレの区別ができる。	
	<input type="checkbox"/> スポンやパンツの着脱ができる。	
	<input type="checkbox"/> 衣服を汚さずに用をたすことができる。	
	<input type="checkbox"/> トイレの後、手洗いができる。	
	<input type="checkbox"/> お尻を出さずに用をたすことができる。(男)	
	<input type="checkbox"/> 生理の処理ができる。(女)	
付き添いがある	<input type="checkbox"/> おしっこやうんちがしたいことを伝えることができる。 <input type="checkbox"/> くちで言う <input type="checkbox"/> 動作 ( )	
	<input type="checkbox"/> トイレ誘導が必要。 時間：	
	<input type="checkbox"/> おしっこやうんちがしたいことを伝えられない。	
おむつ使用	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 出かけるとき	
	<input type="checkbox"/> 出たことを伝えることができる <input type="checkbox"/> くちで言う <input type="checkbox"/> 動作 ( )	
	<input type="checkbox"/> 伝えられない	

## ③ 着替え

着替えの介助	<input type="checkbox"/> 自分でできる。 <input type="checkbox"/> スポンやパンツ、スカートの着脱ができる。 <input type="checkbox"/> 靴下をはくことができる。 <input type="checkbox"/> シャツや上着の着脱ができる。 <input type="checkbox"/> 左右を間違えずに靴を履くことができる。 <input type="checkbox"/> ベルトを着けることができる。 <input type="checkbox"/> 身だしなみを整えることができる。 <input type="checkbox"/> 気温に合わせて服を選ぶことができる。	支援や配慮が必要なこと
	<input type="checkbox"/> 一部手助け (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 全部着せている	

## ④入浴

<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 体を洗うことができる。 <input type="checkbox"/> シャワーを使って頭を洗うことができる。 <input type="checkbox"/> シャンプーやリンス、せっけん等を使い分けることができる。 <input type="checkbox"/> 体をタオルで拭くことができる。 <input type="checkbox"/> 脱いだ服の後始末ができる。 <input type="checkbox"/> 入浴後の衣服の準備をすることができる。	支援や配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> 一部手助け (内容: )	
<input type="checkbox"/> 全て介助	

## ⑤睡眠

おおよその就寝時間 ( 時～ 時)		支援や配慮が必要なこと
1人で寝る	<input type="checkbox"/> 布団の準備や片づけができる。	
	<input type="checkbox"/> 就寝にふさわしい衣服に着替えることができる。	
	<input type="checkbox"/> 1人で寝ることができる。	
	<input type="checkbox"/> 目覚まし時計をセットすることができる。	
	<input type="checkbox"/> 目覚まし時計で起きることができる。	
睡眠の状況	一緒に寝ている人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	
	<input type="checkbox"/> 不規則	
	<input type="checkbox"/> 癖・こだわりがある (内容: )	

## ⑥洗面

1人でできること	<input type="checkbox"/> 手を洗うことができる。 <input type="checkbox"/> 流水のみ <input type="checkbox"/> せっけんを使う	支援や配慮が必要なこと
	<input type="checkbox"/> 顔を洗うことができる。 <input type="checkbox"/> 流水 <input type="checkbox"/> 濡れタオル	
	<input type="checkbox"/> 歯磨きができる。 ・歯磨き粉 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> うがいすることができる。 <input type="checkbox"/> ブクブク <input type="checkbox"/> ガラガラ	
	<input type="checkbox"/> クシを使って髪をとかすことができる。	
	<input type="checkbox"/> ドライヤーを使うことができる。	
	<input type="checkbox"/> 耳掃除をすることができる。	
<input type="checkbox"/> 一部手助け (内容： )		
<input type="checkbox"/> 全て介助		

## ⑦外出・移動

1人でできること	<input type="checkbox"/> 階段の昇り降りができる。	支援や配慮が必要なこと
	<input type="checkbox"/> 歩道や横断歩道を安全に歩くことができる。	
	<input type="checkbox"/> 交通ルールを守ることができる。	
	<input type="checkbox"/> 安全に自転車に乗ることができる。	
	<input type="checkbox"/> エレベーターやエスカレーターを利用できる。	
	<input type="checkbox"/> バスや電車など公共の交通機関を利用することができる。	
介助が必要	内容 ( ) ・麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位： ) ・補装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類： ) ・こだわり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・多動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	



## コミュニケーション

相手から本人に伝えるとき

年 月 日 作成

コミュニケーションの特性や  
理解のためのポイント

- 日常生活で用いる簡単な指示はほとんど理解できる
- 具体物を見せたり、行動でモデルを示したりすると理解しやすい。
- 視覚的な支援（絵カード、手話等）があると理解しやすい。



本人から相手に伝えるとき

- 自分の意思を言葉で表現することは苦手である。
- 本人独特の伝え方がある。
- 絵カードなど、意思表示のための支援機器を利用している。

コミュニケーションの特徴や  
理解のためのポイント



## 感覚の特性

年 月 日 作成

### 感覚特性チェック

感覚特性の例 (あてはまる欄に○をつけてみましょう)	あてはまらない	少し あてはまる	とても あてはまる
特定の味覚や食感がどうしても受けつけられない。			
食べるものが偏っていて、特定のものしか食べない。			
大きな音（または声）や特定の音を極端に嫌がる。			
デパートなど人混みが苦手である。			
視覚情報に気を取られやすい。			
人から触られることを極端に嫌がる。			
散髪や爪切りなど極端に嫌がる。			
臭いが気になって他のことに集中できないことがある。			
暑さや寒さに対して過敏である。			
クルクル回ったり、揺れたりする遊びが好きである。			

\*感覚特性には他にもたくさんの例があります。お子さんの具体的な感覚特性を書いてみましょう。

### 具体的な感覚特性やエピソード

<記入例>手や衣服に汚れや水がついてしまうと気になって、着替えずにはいられなくなる。

## 行動の特性

年 月 日 作成

### 行 動 特 性 の 例

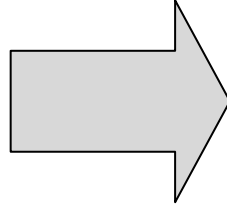
<input type="checkbox"/> 特定の物や行動にこだわるところがある。	<input type="checkbox"/> 本人独特の癖や話し方がある。
<input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手。	<input type="checkbox"/> 気が散りやすい。
<input type="checkbox"/> 初めての場所や人に馴染むのに時間がかかる。	<input type="checkbox"/> 集団での行動が苦手である。
<input type="checkbox"/> 大事なものをなくしてしまうことがある。	<input type="checkbox"/> 突発的に行動してしまうことがある。
<input type="checkbox"/> 人づきあいや友達づくりが苦手である。	<input type="checkbox"/> おしゃべり好きでなかなか止まらない。
<input type="checkbox"/> カッとなったり、イライラしたりしやすい。	<input type="checkbox"/> 迷子になってしまうことがある。
<input type="checkbox"/> パニックになってしまうことがある。	<input type="checkbox"/> 運動や細かな作業など不器用な面がある。
<input type="checkbox"/> 興味や関心が偏っている。	<input type="checkbox"/> 気持ちを切り替えるのに時間がかかる。
<input type="checkbox"/> 不安になったり、怯えたりすることがある。	<input type="checkbox"/> テンションが上がりがやすい。
<input type="checkbox"/> 落ち込みやすい。	<input type="checkbox"/> じっとしていて、あまり動かない。
<input type="checkbox"/> 人目を気にしすぎるところがある。	<input type="checkbox"/> 人目をほとんど気にしない。
*他にも様々な行動の特性が考えられます。本人の具体的な行動の特性を書き出してみましよう。	

### 具体的な行動の特徴やエピソード

\*どんな場面で、どのようなことが理由やきっかけとなりやすいのか詳しく書いてみましょう。

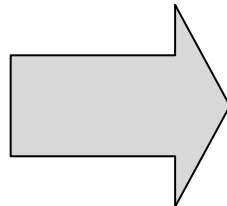
ここでは、「こんな時、こうしたら上手くいった」という支援の方法を書き足していきます。

こんな場面で・・・  
例) 教室から他の場所へ、みんな  
と一緒に移動することが苦手で、  
パニックになります。



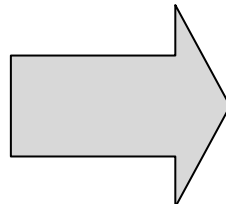
こんな支援が助かります  
例) みんなが移動し終わるまで教  
室で待ち、最後に先生と手をつな  
いで移動すれば大丈夫です。

こんな場面で・・・



こんな支援が助かります

こんな場面で・・・



こんな支援が助かります

保育の記録（保育所・幼稚園・通所施設等）			
期間		年 月 ～ 年 月	
保育園・幼稚園名			
組・クラス		組	人クラス
担任氏名			
本人の様子	生活	年度初め	年度末
	遊び		
	家庭		
その他 特記事項			

教育の記録（就学～卒業まで）			
期間	年 月 ～ 年 月		
学校名			
学級名（種別）	年 組（通常学級・特別支援学級・通級）		
担任氏名（通級・支援員等担当者氏名）			
教育ニーズ	本人の願い		
	保護者の願い		
	教師の願い		
学習及び生活の状況			
	本人の様子		
	1 学期	2 学期	3 学期
学習面			
生活面			
放課後や休日の過ごし方			
生活及び家庭の状況			
本人の生活の様子や伸ばしたいこと			
家庭の状況や心配なことなど、支援者に知っておいてほしいこと			

<進路についての希望>

本人の希望	
保護者の意向	

<現在の生活状況>

日常生活	
対人関係	
その他	

<卒業後に希望する支援>

進学先または就労先における支援	
生活についての支援	

<生活状況>

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"/> ほほ自立	<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"/> ほほ自立	<input type="checkbox"/> 部分的に支援	<input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	片付け	<input type="checkbox"/> ほほ自立	<input type="checkbox"/> 部分的に支援	<input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	排 泄	<input type="checkbox"/> ほほ自立	<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"/> ほほ自立	<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"/> ほほ自立	<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"/> ほほ自立	<input type="checkbox"/> 部分的に支援	<input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要
	買い物・外出	<input type="checkbox"/> ほほ自立	<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			
安心サポート事業 (日常生活自立支援事業)	<input type="checkbox"/> 利用してる <input type="checkbox"/> 利用していない			
成年後見制度利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（補助・保佐・後見）			



生活の記録②

年 月 日 作成

利用期間	就職・入所先	活動内容	特記事項
(例) ○月○日 ～○月○日	○○○会社	就労継続支援	
(例) ○月○日 ～○月○日	○○○ホーム	共同生活援助 (グループホーム)	

支援者のページ

年 月 日 作成

支援機関名		支援者	
主な支援内容			
支援する上でのポイント・配慮事項			

年 月 日 作成

支援機関名		支援者	
主な支援内容			
支援する上でのポイント・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。ご協力をお願いします。

## 相談機関のご案内

機関名	☎連絡先	内容	対象者
会津坂下町役場 生活課 福祉健康班 健康増進係	93-6169	妊娠・出産に関する相談	どなたでも
		乳幼児健診に関すること	
		子どもの健康に関する相談	
		子どもの成長・発達に関する相談	
		予防接種に関する相談	
福祉健康班 社会福祉係	84-1522	福祉サービス（障がい児通所支援、地域生活支援等）に関すること	日常生活又は社会生活を営むために支援を必要とする障がい児（者）
		育成医療に関すること	身体に障がいのある障がい児に対して行われる医師が必要と認めた医療を受ける方
		障害児福祉手当に関すること	20歳未満であって、重度障がいのため常に介護を必要とする在宅の障がい児（者）
会津坂下町役場 子ども課 子ども支援班	84-3712	保育所・幼稚園に関すること	0歳～小学校就学前の子ども
		児童手当に関すること	0歳～中学校終了前の子どもを養育している方
		児童扶養手当に関すること	18歳未満の子どもを養育しているひとり親の方
		特別児童扶養手当に関すること	身体又は精神に障がいのある20歳未満の子どもを養育している方
		乳幼児・児童医療費に関すること	18歳未満の社会保険加入の子ども
		ひとり親家庭医療費に関すること	18歳未満の子どもを養育しているひとり親の方
		養育医療費に関すること	出生時に指定医療機関で医師から入院治療が必要と認められた未熟児
		養育支援訪問事業に関すること	18歳未満の子どもを養育している世帯で、支援が必要と思われる家庭
教育課 教育総務班 学校教育係	84-3711	学校教育全般について	幼稚園児 小中学生
会津児童相談所 (会津若松市)	23-1400	18歳未満の子どもに関するあらゆる相談	ご家族・親戚・子ども自身をはじめどなたでも
会津児童相談所 両沼福祉相談コーナー (会津坂下町)	83-2115		

## 関係機関のご案内

機関名	☎連絡先	内容
会津保健福祉事務所	29-5278	発達障がい児（者）の相談・療育体制の整備など広域的な対応や専門的な相談を実施しています。

## 発達障がい児の支援機関

機関名	☎連絡先	内容	対象者
福島県 発達障がい者支援センター	福島県郡山市富田町字上 ノ台4-1 ■Tel 024-951-0352 ■Fax 024-951-0359	自閉スペクトラム症など発達障がいのある方やその家族の支援（相談支援・発達支援・就労支援等）を行っています。	福島県内にお住まいの発達障がいやその疑いのあるご本人やそのご家族 発達障がいに関わる関係機関（医療機関、市町村、障がい児（者）施設、保育所、幼稚園、教育機関、障がい児通所支援事業所など）
相談支援アドバイザー	福島県ばんだい荘あおば ■Tel 0242-65-2711	発達障がいに限らず、障がい児の支援において、市町村をまたがる広域的な連携を必要とするケースや、高い専門性を要する困難ケースの相談を受けています。また、訪問による療育指導・支援、障がい児の通う保育所や通所事業所等の職員の療育技術の指導なども行っています。	会津圏域にお住まいの障がいのあるご本人やご家族 市町村、関係機関
発達障がい地域支援マネージャー	同上	福島県発達障がい者支援センター・医療機関等で相談を行った発達障がい児（者）等の方に、地域での支援をコーディネートします。 事業所等への助言・指導及び市町村等における発達障がい児（者）等の支援体制整備の支援を行います。	会津圏域にお住まいの発達障がいやその疑いのあるご本人やご家族 市町村、関係機関