

 緊急連絡先(医療機関など) 

病院名：〇〇病院
 科：小児科
 主治医：〇〇先生
 (0744)〇〇-△△△△
 所在地：奈良県〇〇市〇〇町〇〇-〇

 連絡先(学校・園・施設など) 

名称：奈良県立〇〇小学校
 学年・組：〇年 〇組
 担任名：〇〇先生
 (0744)〇〇-△△△△
 所在地：奈良県〇〇市〇〇町〇〇-〇

 行政関係 

市町村役場 〇〇市役所 〇〇福祉課
 担当者 ① Aさん ② Bさん ③ Cさん
 (0744)〇〇-△△△△
 所在地：奈良県〇〇市〇〇町〇〇-〇

④ - ()

 私の特徴・自己紹介・診断名について 

私は〇〇症です。
 ※診断名がない場合はそのことを記入。

この障がいの特徴は、①対人関係の発達の偏り
 ②コミュニケーション能力の偏り(特に言語能力)
 ③反復的な行動や強いこだわりを伴う想像力の発達の偏りです。

これらは脳の中樞神経の障がいで、育て方や家庭環境が原因ではありません。

【具体的には次のような特徴が見られます】

変化を嫌う・対人のルールの理解が難しい・表情や身振りが乏しい・興味が限られている・あいまいなことが理解できない・何が重要なことが気づくことができず、時には重要でないことに集中することがある。

※特に対人的なことを書いておくと、初めて接する人が本人に接しやすくなります。

⑤ - ()

 健康 

【身体上の留意点】

- 歩行が不安定で、段差などがあるところでは介助が必要です。
- 近視のためメガネが必要です。
- 体力はあまりないほうです。1～2時間は立って活動ができますが長時間は辛いです。
- 寒さよりも暑さに弱いです。

【健康状態(発作・アレルギー など)】

- てんかん発作があります(投薬あり P⑩を参照)。
- 花粉症です。
- 食べ物のアレルギーもあります(P⑩を参照)。

【その他】

- 長距離の外出には車椅子を使う場合があります。

⑥ - ()

 服薬 

| | 時間 | 種類 |
|---|--------|------------|
| 朝 | AM8:00 | フェノバル・2錠 |
| 昼 | PM1:00 | テグレートール・1袋 |
| 夜 | PM6:00 | エクセグラン・3錠 |

薬の管理

- 自分で管理することは難しいので支援者の方が管理してください。

薬の飲み方

- 薬の袋を開ける(錠剤を出す)まで手伝わすと、あとは自分で飲めます。

その他

※飲み忘れた時の対応、投薬の間隔(～時間はあける)など記入しておきましょう。

⑦ - ()