

個人情報：取扱注意

狭山 太郎

さん地域連携シート

① 記入日：令和8年4月 ○日

② 記入日：令和 年 月 日

③ 記入日：令和 年 月 日



地域連携シートは“地域の支援者のつながり”や“支援の充実を図ること”を目的としています。



教育

※担任の先生はチェック欄に☑してコピーをお取りの上、この用紙は保護者にお渡しください。

学校名	所属	連絡先	クラス・担任	クラス・担任	クラス・担任
○□△学校	支援学校 支援学級 通常＋通級 通常級	04-0000-0000	○○学級 ○○先生 チェック☑	チェック□	チェック□
○□△学校	支援学校 支援学級 通常＋通級 通常級	04-0000-0000	1年△組 □□先生 チェック☑	2年 組 チェック□	3年 組 チェック□

※担当の方は該当のチェック欄に☑してコピーをお取りの上、この用紙は保護者にお渡しください。

(1年目は ① にチェック、2年目は ② にチェック、3年目は ③ にチェック)

福祉・相談

	機関名（サービス名）	連絡先・利用頻度	担当
福祉 相談機関	○○○ (放課後等デイサービス)	04-0000-0000 週3日(月・水・金)	○○さん チェック☑①②③
福祉 相談機関	△△△ (日中一時支援)	04-0000-0000 週1回(土)	△△さん チェック☑①②③
福祉 相談機関	○□△ (行動援護)	04-0000-0000 月1回	○□さん チェック☑②③
福祉 相談機関	○○○ (相談支援事業所)	04-0000-0000 随時／6ヶ月に1回	□△さん チェック☑②③
	相談：例) 相談支援事業所、障がい者福祉課、こども支援課、教育センター、保健センターなど	記入後は、担当者に「連携シート」を確認してもらい、チェック☑をもらってください。	

医療・リハビリ

機関名	連絡先	目的・通院頻度など	担当
○○病院 (小児科)	04-0000-0000	定期通院 年4回	○○先生
□□病院 (小児科)	04-0000-0000	言語療法 月1回	□□先生

身近に関わっている人や場所

名称	頻度や内容など
学習塾○○(□□先生)	毎週火曜日に通っている。特性を理解した配慮をしてくれている。
太郎のおばあちゃん (母方)	近所に住んでいて、お願いすれば預かってくれる。
	例) 支援してくれる親族・友人・近所の方、ファミサポ、習い事、サークル活動など



🏠使用期間：3年間 ※使用4年目や進級時は“新しいシート”に記入して下さい。

🏠利用の流れ

①学校よりシートを配布⇒ ②家庭にて記入⇒ ③学校へ提出(①：1年目、②：2年目、③：3年目にチェック・学校は控えを保管)⇒ ④学校からシートを返却してもらう⇒ ⑤教育・福祉・相談機関の担当にシートをチェックしてもらう(①：1年目、②：2年目、③：3年目にチェック・控えを保管)⇒ ⑥返却されたシートは家庭にて保管

個人情報：取扱注意



さん 地域連携シート



1 記入日：令和 年 月 日

2 記入日：令和 年 月 日

3 記入日：令和 年 月 日

地域連携シートは“地域の支援者のつながり”や“支援の充実を図ること”を目的としています。

教育

※担任の先生はチェック欄に☑してコピーをお取りの上、この用紙は保護者にお渡しください。

学校名	所属	連絡先	クラス・担任	クラス・担任	クラス・担任
	支援学校 支援学級 通常＋通級 通常級		チェック ☐	チェック ☐	チェック ☐
	支援学校 支援学級 通常＋通級 通常級		チェック ☐	チェック ☐	チェック ☐

福祉・相談

※担当の方は該当のチェック欄に☑してコピーをお取りの上、この用紙は保護者にお渡しください。

(1年目は ☐1 にチェック、2年目は ☐2 にチェック、3年目は ☐3 にチェック)

	機関名（サービス名）	連絡先・利用頻度	担当
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
福祉 相談機関			チェック ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

医療・リハビリ

機関名	連絡先	目的・通院頻度など	担当

身近に関わっている人や場所

名称	頻度や内容など



※個人情報について支援機関が共有することを承諾します。

保護者氏名：_____

☎ ・ 📠：_____

地域連携シートは3年間使用します。御自宅にて保管をお願いします。