

# 見本

【 サポートファイル 】



お名前

板橋 ○○

東京都板橋区

板橋区 サポートファイル



こちらよりダウンロードすることができます！

## ✿ シート一覧 ✿

※ 使用されるシートを区ホームページ

(<https://www.city.itabashi.tokyo.jp/kenko/shogai/1044858.html>) よりダウンロードしてください。

### 1 ご利用にあたって

#### 2-1 プロフィール①

#### 2-2 プロフィール②

⇒ かかりつけの医療機関、受診・治療（検査）歴、服薬・持病（基礎疾患）

#### 2-3 プロフィール③

⇒ 服薬、アレルギー

#### 2-4 プロフィール④

⇒ 医療的ケア

### 3 現在のサポートネットワーク

### 4 生育歴

### 5 未就学期の様子（シート①～⑥）

### 6 学齢期＜小学生＞（シート①～⑥）

### 7 学齢期＜中学生・高校生＞（シート①～⑥）

### 8 青年期＜大学生以上＞（シート①～⑥）

### 9 ファイル利用状況

## ご利用にあたって

### 1 サポートファイルとは

お子さんの生い立ちから現在の生活に至るプロフィールや、成長、家庭生活での様子、また、医療機関、相談機関、就学前機関（幼稚園・保育園・療育機関）、学校、福祉サービス事業所等における成長の記録や支援内容をまとめたファイルで、発達に気がかりのある方も、相談支援のために利用できます。

### 2 使用方法

お子さんや保護者が記入・保管し、ライフステージが移るときや、サービスの利用を開始するときなどに、活用（提示）するものです。保護者が記入しづらいところは、支援者に記入してもらうこともできます。

(1) お子さんやご家族にとって必要な事柄（成長の過程や、記憶に残る出来事など）を記入しましょう。

**※ ご使用になる場合、すべてのシートに記入する必要はございません。お子さんに合わせて、必要な部分を記入していただくため、ページ数はいれておりません。**

(2) 支援機関に相談する際は、このファイルを持参してください。

持参することで、支援機関が変わっても同じ説明をせず、スムーズに相談することができます。

(3) 支援機関等からの情報も記録しましょう。

支援機関がお互いの支援情報を共有し、連携のとれた支援をすることができます。また、学校生活支援シート、サービス等利用計画、支援機関のパンフレット等と、一緒に保管しておきましょう。

(4) 成長や変化に応じて、情報を更新してください。

お子さんは日々成長し、変化していくため、就園・就学・進級・進学等の節目の時期や、新たに支援機関を利用するときに更新をおすすめします。

(5) 関係機関やその関係者がファイルから得た情報については、個人情報に関する関係法令に留意し、保護者の同意を得た場合のみ、情報の引き継ぎをします。

### 3 支援機関の皆様へ

ファイルは、本人の個人情報のもとより、支援者や関係機関に関する情報が多く含まれていますので、**使用時はプライバシーに十分配慮して慎重に取り扱ってください。**

使用に当たっては、ご家族が許可した支援者だけがサポートファイルを活用できます。

支援に関わらない第三者に情報を提供すること、また**承諾なしにコピーなどして二次的に使用することは禁止します。**

# プロフィール

記入日：○年○月○日

◇ 基本情報

ふりがな	いたばし ○○		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	血液型	△型	生年	20△△年△月△日
氏名	板橋 ○○			<input type="checkbox"/> 女		月日		
住所	板橋区○○町○○—○							
電話番号	自宅	03 - 3579 - 0000			携帯	090-0000-0000 (母)		
	どなたの連絡先か分かるように続柄も記載しておきましょう。							
家族構成	続柄	ふりがな 氏名	生年月日	同・別居	職業・学校・連絡先等			
	父	いたばし 板橋 □□	○○年○月○日	同居	自営業			
	母	いたばし 板橋 ○○	○○年○月○日	同居	会社員			
	兄	いたばし 板橋 △△	○○年○月○日	同居	○○小学校			
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					

◇ 緊急連絡先

1	氏名(続柄)	ふりがな	いたばし □□		続柄	父
		氏名	板橋 □□			
	連絡先	携帯電話	( ○○○ ) 0000 - 0000			
		勤務先名	○○商店			
勤務先電話		( ○○○ ) 0000 - 0000				
2	氏名(続柄)	ふりがな	いたばし ○○		続柄	母
		氏名	板橋 ○○			
	連絡先	携帯電話	( ○○○ ) 0000 - 0000			
		勤務先名	○○会社			
勤務先電話		( ○○○ ) 0000 - 0000				

メモ（自由にご記入ください。）

○手帳の記録

愛の手帳：20△△年△月取得 4度

取得している手帳があれば、記入しておけるとよいと思います。

◇ かかりつけの医療機関①

1 か所目		<p>かかりつけ医が変わった場合も追加で記入をしておきましょう。 緊急時などに安心です。 欄が足りなくなった場合は、再度ダウンロードしてご利用ください。</p>
名 称	〇〇クリニック	
住 所	〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
診 察 科	小児科	
担 当 医	〇〇先生	
通院頻度	___ヶ月、週に___回 症状があるとき	
内 容	風邪を引いたとき 予防接種	
2 か所目		
名 称	〇〇クリニック	
住 所	〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
診 察 科	皮膚科	
担 当 医	〇〇先生	
通院頻度	___ヶ月、週に___回	
内 容	アトピー性皮膚炎 ぬり薬のみ処方	
3 か所目		
名 称	〇〇病院	
住 所	〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
診 察 科	小児科	
担 当 医	〇〇先生	
通院頻度	___ヶ月、週に___回	
内 容	ADHD 〇〇の処方あり 愛の手帳の診断書の作成をお願いした病院	

## ◇ かかりつけの医療機関②

4 か所目	
名 称	
住 所	
電話番号	
診 察 科	
担 当 医	
通院頻度	_____ヶ月、週に_____回
内 容	
5 か所目	
名 称	
住 所	
電話番号	
診 察 科	
担 当 医	
通院頻度	_____ヶ月、週に_____回
内 容	
6 か所目	
名 称	
住 所	
電話番号	
診 察 科	
担 当 医	
通院頻度	_____ヶ月、週に_____回
内 容	

◇ 受診・治療（検査）歴

初診日 (年齢)	病名 (症状)	医療機関 (担当医)	備考
〇〇年〇月 ( 〇歳)	例1) アトピー性皮膚炎	〇〇病院	アレルギー： ハウスダスト、花粉など
〇〇年〇月 ( 〇歳)	例2) ADHD	〇〇病院 小児科 (〇〇医師)	3歳児健診でことばの 発達がゆっくり、多動を 指摘され受診。 〇月〇日田中ビネーを 実施。 IQ：〇〇
〇〇年〇月 ( 〇歳)	例3) ダウン症	〇〇病院	出産後に診断受ける
年 月 ( 歳)			

新たに受診したときは書き加えていってください。  
欄が足りなくなった場合は、再度ダウンロードしてご利用ください。  
継続して受診する必要があるものや、アレルギーや大きなケガ・病気があったときにも記入しておきましょう。

◇ 持病（基礎疾患）

<p>てんかん 発作</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>	<p>〔種類〕 _____</p> <p>〔初めての発作〕      歳      カ月 _____</p> <p>〔現在の発作の形〕 _____</p> <p>〔処置方法〕 _____</p> <p>〔服薬〕 _____</p>	
<p>その他持病 (慢性的な病気)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	<p>①</p>	<p>〔病名〕 アトピー性皮膚炎 _____</p>
		<p>②</p>	<p>〔病名〕 _____</p>
		<p>③</p>	<p>〔病名〕 _____</p>
		<p>④</p>	<p>〔病名〕 _____</p>
<p>その他 注意を要すること</p>		<p><u>季節の変わり目に風邪をひきやすいので注意が必要</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

メモ（自由にご記入ください。）

検査結果のコピーなど  
一緒に保存しましょう。

◇ 服薬

服用中の薬	①	<p>〔薬の名称〕 ○○○○</p> <hr/> <p>〔効能〕 多動や衝動性の改善</p> <hr/> <p>〔服用期間〕 ○年○月○日～</p> <hr/> <p>〔備考〕 ○○病院○○医師 処方 通院1回/月 ○○薬局</p>	<p>処方内容が変更になったときは、再度様式をダウンロードし、更新しましょう。</p> <p>お薬手帳を参考に記載するか、次項にお薬手帳のコピーを貼っておくと、緊急時などに安心です。</p>
	②	<p>〔薬の名称〕 ○○○○</p> <hr/> <p>〔効能〕 アトピー性皮膚炎</p> <hr/> <p>〔服用期間〕 ○年○月○日～</p> <hr/> <p>〔備考〕 ○○クリニック○○医師 処方 通院1回/月 ○○薬局</p>	
	③	<p>〔薬の名称〕</p> <hr/> <p>〔効能〕</p> <hr/> <p>〔服用期間〕</p> <hr/> <p>〔備考〕</p> <hr/>	
	④	<p>〔薬の名称〕</p> <hr/> <p>〔効能〕</p> <hr/> <p>〔服用期間〕</p> <hr/> <p>〔備考〕</p> <hr/>	

◇ お薬手帳のコピー等を貼ってください ◇

◇ アレルギー

アレルギー (食べ物・飲み物・ 薬等)	①	[アレルギーの原因] 花粉、ハウスダスト _____ [アレルギー症状] _____ 鼻水、くしゃみ、目のかゆみ、皮膚のかゆみ
	②	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	③	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	④	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	⑤	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	⑥	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	⑦	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	⑧	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____
	⑨	[アレルギーの原因] _____ [アレルギー症状] _____



◇ 医療的ケア等

【〇歳〇か月時点】

該当項目	医療的ケアの項目	ケア内容・時間等	
栄養	経管栄養 (鼻腔に留置されている管からの注入)	例) 1日3回 ラコール0ml/回	
	経管栄養 (胃ろう)		
	経管栄養 (腸ろう)	<div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">                     医療的ケアがある場合は、ご記入ください。                      変更があったときは更新しましょう。                 </div>	
	経管栄養 (口腔ネラトン法)		
	I H V 中心静脈栄養		
呼吸管理	口腔・鼻腔内吸引 (咽頭より手前まで)		
	口腔・鼻腔内吸引 (咽頭より奥の気道)		
	気管切開部 (気管カニューレ内) からの吸引		
	気管切開部 (気管カニューレ奥) からの吸引		
	経鼻咽頭エアウェイ 内吸引		
	気管切開部の 衛生管理		

	ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入	
	経鼻咽頭エアウェイの装着	
	酸素療法	例) 酸素濃縮器使用（業者名：〇〇）、外出時は酸素ボンベ 医師の指示：酸素常時使用、酸素流量〇〇L/分 本児はチューブがずれたら自分で直すことができる
	人工呼吸器の使用	例) 気管切開なし、鼻マスク使用 呼吸器の業者名（〇〇〇〇） 医師の指示：夜間以外は外してもよい
排便管理	導尿	
	浣腸	
	ストーマ （消化器系・尿路系）	
その他	血糖検査・インスリン	例) 1日4回 インスリン自己注射 血糖測定、注射ともに自分で行うことができる。
	( )	
	( )	
	( )	



ご本人とご家族を取り巻く支援の状況が一目でわかるシートです。  
変更があったときは更新しましょう。

## 現在のサポートネットワーク（記載日：〇年〇月〇日）

このシートか次項のメモ欄に、何かあったときにすぐ連絡ができるよう、担当者名と電話番号を記載しておくことで緊急時に安心です。

### 【 区役所（部署） 】

- ① 〇〇保健センター 〇〇さん  
(TEL: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
- ② 障がい児支援係  
(TEL: 03-3579-2148)
- ③ \_\_\_\_\_
- ④ \_\_\_\_\_

### 【 保育園・幼稚園・学校・就労先 】

(↑該当するものに〇をつけてください)

〇〇保育園 〇〇先生(TEL:03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

- ① 〇〇児童発達支援事業所  
(TEL:03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
- ② \_\_\_\_\_

本人・家族

### 【 福祉サービス（介護）】

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_

### 【 その他機関 】

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_
- ④ \_\_\_\_\_

### 【 医療機関 】

- ① 〇〇病院 〇〇科 〇〇医師 (TEL:03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
- ② 〇〇クリニック〇〇科 〇〇医師 (TEL:03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
- ③ 〇〇薬局(TEL: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

### 【 相談支援事業所 】

〇〇相談支援事業所 〇〇さん  
(TEL: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)





メモ（自由にご記入ください。）

< 気をつけてほしいこと、気をつけていること、心配なこと >

例)

・道を飛び出してしまうことがあるので、車通りが多い道では目を離さないようにしてい

いる。

・アトピー性皮膚炎で、皮膚が荒れてしまうので、スキンケアや薬の塗布を欠かせない。

・季節の変わり目に風邪をひきやすいので体調管理を気をつけている。

## 未就学期の様子

### ◇ 所属機関（幼稚園、保育園、療育機関）

機 関 名	期 間
〇〇保育園	〇〇年 〇月 〇〇年 〇月
△△保育園	〇〇年 〇月 年
△△療育機関	〇〇年 〇月 年
	年 月から 年 月まで

「未就学児」「学齢期(小学生)」「学齢期(中学生、高校生)」「青年期(大学生以上)」のシートもあるため、年齢に合わせて記入しておきましょう。

園などが変更になったときは、追記しましょう。  
欄が足りなくなった場合は、様式を再度ダウンロードしてお使いください。

### ◇ 在宅サービス（医療：訪問看護、福祉：ヘルパー・訪問系サービス、教育）

機 関 名	期 間	内 容
	年 月から 年 月まで	

### ◇ その他通っている施設、団体等（塾・習い事・親の会等）

機 関 名	期 間	内 容
ピアノ	〇〇年 〇月から 年 月まで	
	年 月から 年 月まで	
	年 月から 年 月まで	



◇生活状況			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）	
			前半	後半	前半	後半								
食事	その他	( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
		( )												
	( )													
	メモ													

◇生活状況			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）		
			前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	
トイレ	□□ 排導尿	自分ができる										できる			
		一部手助けが必要									声掛けが必要				
		全部手助けが必要							オムツ	オムツ					
	□□□ 排人浣 便工腸 肝門	自分ができる										できる			
		一部手助けが必要									声かけが必要				
		全部手助けが必要							オムツ	オムツ					
	後始末	自分ができる										○	○		
		一部手助けが必要									○				
		全部手助けが必要							○	○					
	その他	( )													
		( )													
	メモ														
	睡眠	睡眠リズム	起床時間				6時半	6時半	6時半	6時半	6時半	6時半	6時半	6時半	7時半
			就寝時間				21時	21時	21時	22時	22時	21~0時	21~0時	21~23時	21~23時
昼寝時間															
□規則的 ■不安定										○	○	○			
眠剤 □有 □無												○	○		
睡眠の様子		普通													
		寝つきが悪い			○	○						○	○		
		眠りが浅い													
		夜泣きする			○	○				○	○				
その他		( )													
		( )													
メモ															

◇生活状況			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）	
			前半	後半	前半	後半								
着替え	着替え	自分でできる											○	○
		一部手助けが必要					○	○	○	○	○	○		
		全部手助けが必要			○	○								
	その他	( )												
	メモ													
手洗い	手洗い	自分でできる							○	○	○	○	○	
		一部手助けが必要					○	○						
		全部手助けが必要	○	○	○	○								
	その他	( )												
	メモ													
歯磨き	歯磨き	自分でできる											○	○
		一部手助けが必要					○	○	○	○	○	○		
		全部手助けが必要	○	○	○	○								
	その他	( )												
	メモ													
入浴	入浴	自分でできる												○
		一部手助けが必要					○	○	○	○	○	○	○	
		全部手助けが必要	○	○	○	○								
	その他	( )												
	メモ													

◇遊び			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）		
			前半	後半	前半	後半									
遊び	1人で遊ぶ	できる		○	→										
		支援が必要													
		できない													
	友達と遊ぶ	できる													
		支援が必要			○	→									
		できない													
	玩具を使って遊ぶ	できる			○	→									
		支援が必要													
		できない													
	ルールを遊ぶ理解し	できる													
		支援が必要						○	→						
		できない				○	→								
	その他	( )													
		( )													
		( )													
		( )													
		( )													
		( )													
	メモ														

◇ 集団生活			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）		
			前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	
集団生活	一定時間着席をする	できる													
		支援が必要										○	→		
		できない					○	→							
	順番を守る	できる												○	
		支援が必要					声かけが必要	→							
		できない													
	集団行動をとる	できる													
		支援が必要												声かけが必要なときがある	声かけが必要なときがある
		できない					○	→							
	約束・ルールを守る	できる													
		支援が必要												絵カードで説明すれば守れる	絵カードで説明すれば守れる
		できない							○	→					
	その他	( )													
		( )													
		( )													
		( )													
		( )													
		( )													
	メモ														

◇移動		0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）				
		前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半			
移動	手を繋いで歩く	できる														
		支援が必要				○	→									
		できない														
	信号を守る	できる														
		支援が必要				手をつなぐことが必要	→									
		できない														
	公共の乗り物に乗る	できる														
		支援が必要				手をつなぐ、声掛けが必要	→									
		できない														
	突然走り出す	ある				興味あるものを見つけた時	→									
		わからない														
		ない														
	迷子になる	ある														
		わからない														
		ない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	高いところに登る	ある														
		わからない														
		ない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	その他	( )														
		( )														
		( )														
メモ																

◇行動・習癖			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）		
			前半	後半	前半	後半									
注意深さ	集中・持続力	ある													
		わからない													
		ない			○	→									
	忘れ物が多い	ある										○	→		
		わからない													
		ない													
	怪我が多い	ある								○	→				
		わからない													
		ない	○	→											
感覚の過敏さ	大きな音が苦手	ある			○	→									
		わからない													
		ない			○	→									
	触れられるのが苦手	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
	手が汚れるのが苦手	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
	臭いに敏感	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
	光に敏感	ある													
		わからない													
		ない	○	→											

◇行動・習癖			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）		
			前半	後半	前半	後半									
問題行動	異食をする	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
	自傷する	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
その他	その他	( )													
		( )													
		( )													
	メモ														
◇こだわり			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）		
			前半	後半	前半	後半									
こだわり	色にこだわる	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
	順番にこだわる	ある													
		わからない													
		ない	○	→											
	その他	( )													
		( )													
		( )													
メモ															



◇コミュニケーション			0歳		1歳		2歳		3歳		4歳		5歳（入学前6歳）	
			前半	後半	前半	後半								
理解	約束・ルールがわかる	わかる									○	→		
		わからない												
		難しい	○	→										
	相手の気持ちかわかる	わかる									○	→		
		わからない												
		難しい	○	→										
伝達	言葉での話かわかる	できる								○	→			
		わからない												
		できない	○	→										
	具体的な指示かわかる	できる									○	→		
		わからない												
		できない	○	→										
人との関わり	人見知り強い		○	→										
	視線が合わない							○	→					
	一人でいるのが好き													
	一方的に話す													
	暴言がある													
	お友達と遊ぶことが多い													
その他	( )													
	( )													
	( )													
メモ														

◇ 健診の様子

◎ 1歳6ヶ月健康診断での様子

例) 【病院で受ける内科健診】〇年〇月〇日受診

・健診での様子：診察室に入った途端に大泣きだったが、頑張って受診できた。

・相談したこと：発声はあるがことばが出ない。指差しをしない。

⇒まだ経過を見ていこうといわれた。ことばが出てこなかったら、また2歳頃受診するよう言われた。

【健康福祉センターで受ける歯科健診】〇年〇月〇日受診

・健診での様子：初めての場所で大泣きして怖がっていたけれど、歯科健診を頑張って受けることができた。

・相談したこと：発声はあるが、ことばがでない。指差しをしない。

⇒健康福祉センターの心理相談を利用。声掛けの仕方を工夫して様子を見るように助言された。

健診で気になったことや、助言されたことをご記入ください。

◎ 3歳児健康診断での様子

例) 〇年〇月〇日受診

・健診での様子：計測で服を脱ぎたがらなかつたり、部屋から出ようとしていたけれど、頑張って最後まで健診を受けることができた。

・相談したこと：発声はあるが、ことばがでない。椅子に座ってられないことが心配。

母子手帳の保護者記入のページで、できない項目が多くて心配。

かんしゃくの対応に困っている。

・先生から言われたこと：健診当日に心理相談の利用を勧められた。聴力は問題なさそうであるため、発達について紹介状を出してもらい受診することを勧められた。〇〇病院の小児科に紹介状を出してもらった。

・心理相談：発語をうながす声掛けの仕方について、かんしゃくを起こしたときの対応について助言をうけた。子ども発達支援センターへの相談を勧められた。

◎ その他書き留めておきたいこれまでの様子

例) ・電車が好きで、よくおもちゃで遊んでいた。ブロックなど組み立てるおもちゃも好き。

・初めての場所だと緊張して大泣きする。

【子ども発達支援センターでの相談】

・発語をうながす声掛けや、かんしゃくを起こしたときの対応について助言を受けた。

・療育を受けることを勧められた。

【就学相談】

・授業を集中して受けることや、先生からの指示の通りに行動することに支援が必要と思われるため、支援学級を勧められた。

## ファイル利用状況

年月日	利用期間 (ファイル提示を受けた機関・ 支援者名)	利用資料の種類 (該当する項目に☑する)	利用形態 (該当する方に☑する)
○年 ○月○日	○○保育園 ○○先生	<input checked="" type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> コピー渡し
○年 ○月○日	○○病院 ○○医師	<input checked="" type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input checked="" type="checkbox"/> コピー渡し
○年 ○月○日	○○児童発達支援事業所 ○○さん	<input checked="" type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input checked="" type="checkbox"/> コピー渡し
○年 ○月○日	○○小学校 ○○先生	<input checked="" type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input checked="" type="checkbox"/> コピー渡し
年 月 日		<input type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> コピー渡し
年 月 日		<input type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> コピー渡し
年 月 日		<input type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> コピー渡し
年 月 日		<input type="checkbox"/> ファイル全体 <input type="checkbox"/> プロフィール <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> コピー渡し