

府中市わたしの生涯記録ノート（仮称）



氏名

はじめに

子どもたちは社会の宝です。

府中市は、本市に住むすべての子どもたちが健やかに成長し、その可能性を最大限に発揮できるように、社会全体で見守っていきたいと考えています。

お子さんの成長を記録するものとしては母子手帳があり、これはお子さんが小学校に入るまでの成長の記録をしていくものですが、この「府中市わたしの生涯記録ノート（仮称）（以下「記録ノート」といいます）」は、母子手帳をお渡しする際に同時にお渡しし、母子手帳に加えて使っていくことで、生涯にわたって成長の記録として使っていただけるようにと考え、作られました。

将来的には、すべての府中市民が、この「記録ノート」を子ども時代だけでなく、大人になり年齢を重ねていくところまで、生涯の記録として使っていただくようにしたいと考えています。

そして、もし、お子さんのことで困ったり、心配になるようなことがあったら、「記録ノート」をご活用いただき、市役所や相談機関、幼稚園や保育所、学校などと円滑なコミュニケーションを図るためのツールとしてください。

「記録ノート」がご家庭等で活用され、お子さんの健やかな成長の支えになることを願っています。

2 「記録ノート」の取り扱い

(1) ご本人及び保護者の皆さまへ

「記録ノート」は、保護者が管理・保管し、お子さんの成長を記録していくものです。

プライバシーに十分配慮し、慎重に取り扱ってください。

すべての欄に記入する必要はありません。必要のない項目は空欄のままにしてください。

お子さんが成人したら、成長の記録としてお子さんに渡していただき、保管していただければと思います。

(2) 関係機関の皆さまへ

「記録ノート」を持って相談にこられた場合、内容をご確認いただき、ご活用ください。保護者が、関係機関の皆様に、「記録ノート」の内容について記載を依頼された場合は、どうぞご協力ください。

コピーをする場合は、必ずご本人または、保護者の承諾をいただき、取り扱いには十分注意してください。

「記録ノート」の内容に関して、関係機関同士で情報交換する際は、ご本人または、保護者に承諾を得た上で行ってください。

3 利用方法

- (1) 保護者は、必要なシートを使い、お子さんの成長の過程や生活の様子、受診歴などを記録しましょう。ご本人が記入できる場合は、ご本人が記入しましょう。
- (2) 幼稚園や保育所、学校などに伝えたいことや配慮してほしいことを確認し、記入しましょう。

4 利用するメリット

- (1) お子さんの成長を長い期間記録することができます。
- (2) 感染症をはじめとする病気にかかった記録や予防接種の記録などを書いておくことは、大人になった後も役に立ちます。
- (3) アレルギーなど、集団生活で配慮が必要なことを書いておき、それを見てもらうことで、幼稚園や保育所、学校などにお子さんのことを正しく伝えることができます。また、入園や入学、担任の先生が変わったときなど、「記録ノート」を見ていただくことで、何度も同じ説明をする負担が軽減されます。
- (4) 災害などで保護者とやむを得ず離れなければならないときに、「記録ノート」によって、まわりの大人がお子さんのことを理解する助けになります。

5 「記録ノート」の内容

- (1) 母子手帳と一緒に渡される「記録ノート」には、次のものが入っています。
 - ① 重要な情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ページ
本人、保護者、緊急連絡先など
 - ② サポートマップ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 ページ
ご本人の成長や生活を応援してくれる人や機関の記録
 - ③ 成育歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 ページ
生まれる前から 3 歳までの記録
 - ④ 発達状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 ページ
 - ⑤ からだの情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5 ページ
予防接種状況、アレルギー等
 - ⑥ かかりつけの医療機関、常用薬・・・・・・・・ 6 ページ
- (2) その後の成長の記録は、次のとおり成長段階によって 4 段階で記録できるようになっています。

幼少期の記録は 3 歳児健診のときに、小学校・中学校時代の記録はそれぞれの入学時に、高等学校時代の記録は、必要に応じて市の担当窓口で配布します。

 - ① 幼少期の記録
 - ② 小学校時代の記録

- ③ 中学校時代の記録
- ④ 高等学校時代の記録

- (3) お子さんの健康状態や成長について、もっと詳しく書きたい方や、もっと詳しく相談したい場合は、10ページ以降に、通所や就労、相談・支援等の記録や、からだと心の情報をより詳細に記録するシートがあります。

シートは、〇〇〇〇〇課、子育て支援課、子ども家庭支援センター「たち」、保健センター（仮に設定）などにありますので、お問い合わせください。

◆ も く じ ◆

1	重要な情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
	本人、保護者、緊急連絡先など	
2	サポートマップ・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	ご本人の成長や生活を応援してくれる人や機関の記録	
3	成育歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
	生まれる前から3歳までの記録	
4	発達状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
5	からだの情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
	予防接種状況、アレルギー等	
6	かかりつけの医療機関、常用薬・・・・・・・・	6

重要な情報

本人

ふりがな	男	生年月日
氏名	女	年 月 日生
愛称（ニックネーム）	血液型	A・B・O・AB（Rh +・-）
	平熱	℃ 血圧 高・標準・低
〒 自宅住所		
電話 携帯		
生活保護	・受給していない ・受給している（ 年 月 日から）	

保護者

氏名	続柄	住所	電話番号
		☐ 同居	自宅
		Email	携帯
		☐ 同居	自宅
		Email	携帯

緊急連絡先（保護者以外の家族・親戚など）

No.	氏名	続柄	住所	電話番号
1				自宅
			Email	携帯
2				自宅
			Email	携帯
3				自宅
			Email	携帯

☐在宅・☐通園通学先など（ふだん一番利用しているところを記入しましょう）

名称	
住所	〒 電話 携帯 Email

相談・支援機関（保健センター・保健所・児童相談所・支援センターなど）

名称	担当者
住所	〒 電話 Email

保険・医療等の情報

保険の情報

保管場所（ ）

健康保険	保険者番号	記号	番号
その他の医療証	名称	保険者番号	記号 番号
	名称	保険者番号	記号 番号
	名称	保険者番号	記号 番号

※例：

（乳）、（子）

記入した日：

年

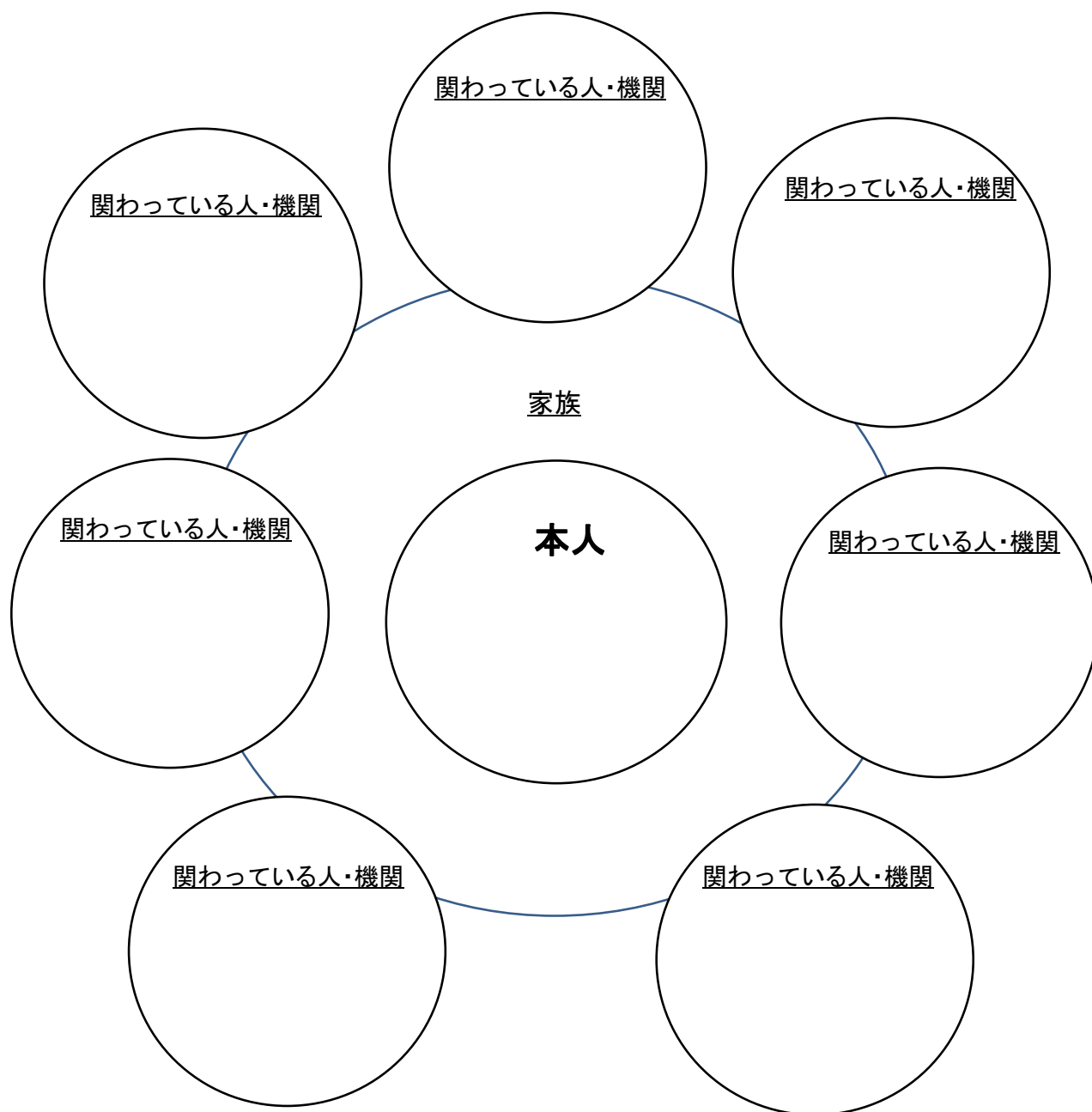
月

日

記入した人：

1

サポートマップ



※ご本人の成長や生活を応援してくれる人、支援してくれる機関の連絡先やどのような応援をしてくれているかなどを○のなかに記入しましょう。

家族の希望など

記入した日：

年

月

日

記入した人：

2

成育歴

生れる前から3歳までの記録

出産前	
・妊娠中に特に気になることはありましたか？（無 ・ 有）	
出生時	
・ 出産予定日 （ 年 月 日） 出産日 （ 年 月 日） （ 週） ・ お母さんの年齢 （ 歳） ・ 赤ちゃんの体重 （ g） ・ 身長 （ cm） 胸囲 （ cm） ・ 頭囲 （ cm） ・ 出生時の異常 （無 ・ 有） ・ 母子手帳 （有 ・ 無） （保管場所： ） ・ 出産時に特に気になったこと	
乳幼児健診の状況（特記すること）	
3～4ヶ月健診	受けていない 受けた（
6～7ヶ月健診	受けていない 受けた（
1歳半健診	受けていない 受けた（
3歳児検診	受けていない 受けた（

記入した日： 年 月 日 記入した人： 3

発達状況

名称	接種年月日	罹患の有無	名称	接種年月日	罹患の有無
BCG			風疹		
ツベルクリン			麻疹		
DPT第1期 (三種混合)			MR第1期		
DPT第2期 (三種混合)			MR第2期		
DPT第3期 (三種混合)			MR第3期		
DPT第4期 (三種混合)			MR第4期		
ポリオ1回目			日本脳炎 第1期		
ポリオ2回目			日本脳炎 第2期		
ポリオ3回目			水痘		
ポリオ4回目			おたふくかぜ		
DT (ジフテリア・破傷風)			ヒブ		
			肺炎球菌		

インフルエンザ予防接種

・毎年接種している

・流行状況により接種している

・接種していない

・その他()

特に注意したい病状(ひきつけ、ぜんそくなど)

病名	症状や対処方法（なるべく具体的に）		
	病院名	電話番号	担当医
病名	症状や対処方法（なるべく具体的に）		
	病院名	電話番号	担当医

アレルギー

有・無 原因物質()

症状・対処方法・一番最近起こった時のことなど

既往症(今までにかかった大きな病気、ケガ)

病名	かかった時期	治療医療機関
	年 月 日 歳頃	担当医
	年 月 日 歳頃	担当医

記入した日:

年

月

日

記入した人:

5

かかりつけの医療機関

科	病院名・担当医	服薬の有無	通院状況・治療内容など
	電話	有・無	
	電話		
	電話		
	電話		
	電話		
	電話		

常用薬

お薬手帳	有・無	保管場所：このファイルに保管しましょう
薬の説明書	有・無	保管場所：シールは、お薬手帳に貼って、 説明書は、次のページにつづりましょう。
薬の飲み方	(飲み方で注意することなど)	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

障害者（児）用

はじめに

この「府中市わたしの生涯記録ノート（仮称）（以下「記録ノート」といいます）」は、障害者の方のライフステージが変化しても必要な支援が継続できる一助とすることを目的に作成しました。

例えば、学校を卒業した時、親が亡くなった時、災害が起こった時などに活用できるツールとなることを想定しています。

2 「記録ノート」の取り扱い

(1) ご本人やご家族へ

「記録ノート」は、ご本人またはご家族が管理・保管し、ご本人の必要な情報を記録していくものです。情報に変更があった場合は、訂正・加筆してください。

プライバシーに十分配慮し、慎重に取り扱ってください。

すべての欄に記入する必要はありません。必要のない項目は空欄のままにしてください。

(2) 関係機関の皆様へ

ご本人が「記録ノート」を持って相談に来られた場合、ぜひ内容をご確認いただき、ご活用ください。

コピーをする場合は、必ずご本人の承諾のうえ、取り扱いは十分注意してください。

「記録ノート」の内容に関して、関係機関同士で情報交換する際は、ご本人に承諾を得た上で行ってください。

3 利用方法

(1) 本人が必要なシートを使い、自分のことで伝えたいことを書きます。

何らかの理由で自分で書けない場合は、周囲の信頼できる人に手伝ってもらうこともできるかもしれません。

(2) 関係機関へ伝えたいことや、配慮してほしいことを確認し記入します。

4 利用するメリット

(1) 自分の状況やこれまでの経緯、周囲に配慮してほしいことなどを、何度も説明する負担が軽減されます。複数の機関を利用している方は、利用している機関が、あなたのことを同じように理解してくれるようになると期待できます。

(2) 継続した支援が期待できます。

(3) 災害などで配慮が必要なことを事前に知ることにより、有効な対応が可能となり、適切な支援が得られやすくなります。

5 「記録ノート」の内容

(1) 母子手帳と一緒に渡される「記録ノート」には、次のものが入っています。

- ① 重要な情報（本人の情報、緊急連絡先など）・・・・・・・・・・ 1 ページ
- ② 保険・医療等の情報、本人の状況・・・・・・・・・・ 2 ページ
- ③ 対人関係マップ・・・・・・・・・・ 3 ページ
- ④ 成育歴・・・・・・・・・・ 4 ページ
- ⑤ 発達状況・・・・・・・・・・ 5 ページ
- ⑥ 成長の記録・・・・・・・・・・ 6 ページ

(2) その後の成長の記録は、次のとおり成長段階によって3段階で記録できるようになっています。

幼少期の記録は3歳児健診のときに、小学校・中学校時代の記録はそれぞれの入学時に、高等学校時代の記録は、必要に応じて障害者福祉課等で配布します。

- ① 小学校時代の記録・・・・・・・・・・ 7 ページ
- ② 中学校時代の記録・・・・・・・・・・ 8 ページ
- ③ 高等学校時代の記録・・・・・・・・・・ 9 ページ

(3) お子さんの健康状態や成長について、もっと詳しく書きたい方や、もっと詳しく相談したい場合は、10ページ以降に、通所や就労、相談・支援等の記録や、からだと心の情報をより詳細に記録するシートがあります。

シートは、障害者福祉課、子育て支援課、子ども家庭支援センター「たっち」、保健センター、（仮に設定）などにありますので、お問い合わせください。

◆ も く じ ◆

1 重要な情報(本人の情報、緊急連絡先など).....	1
2 保険・医療等の情報、本人の状況.....	2
3 対人関係マップ.....	3
4 成育歴.....	4
5 発達状況.....	5
6 成長の記録.....	6
7 小学校、特別支援学校小学部等での記録.....	7
8 中学校、特別支援学校中学部等での記録.....	8
9 高等学校、特別支援学校高等部等での記録.....	9
10 通所・作業所等の様子.....	10
11 一般就労の様子.....	11
12 相談・支援等の記録(医療機関等での相談記録).....	12
13 からだと心の情報(1)(本人のパーソナリティー).....	13
14 からだの状態(予防接種状況、アレルギーなど).....	14
15 既往歴.....	15
16 からだと心の情報(2)(かかりつけの医療機関、常用薬など).....	16
17 からだと心の情報(3)(特別な医療や措置など).....	17
18 からだと心の情報(4)(パニックの原因、対処法など).....	18
19 パニック時の対処(詳細).....	19
20 からだと心の情報(5)(1～4までに書ききれなかったこと).....	20
21 1日の過ごし方.....	21
22 1週間の過ごし方.....	22
23 日常生活上の介助・配慮(食形態、嗜好など).....	23
24 水分(摂取方法など).....	24
25 排泄・生理.....	25
26 睡眠・入浴・洗面・歯磨きなど.....	26・27
27 着替え、移動.....	28
28 感覚・コミュニケーション・人との関わり.....	29

29 余暇活動(余暇の過ごし方など).....	30
30 本人が持っている力(お金の管理、交通機関の利用、簡単な家事など).....	31
31 福祉情報(害に関する診断の内容、福祉サービス事業所利用状況など).....	32
32 短期入所など.....	33
33 助成制度など.....	34・35・36
34 補装具など.....	37
35 本人の思い.....	38・39
36 本人の願い.....	40
37 保護者の願い.....	41
38 成年後見人等.....	42
39 家系図.....	43
40 家族・親戚の連絡先.....	44
41 財産目録.....	45
42 保険・負債・相続遺産.....	46
43 定期的な収入・支出.....	47

重要な情報

本人

ふりがな		男 女	生年月日		
氏名			年	月	日生
愛称（ニックネーム）		血液型	A・B・O・AB（Rh +・-）		
		平熱	℃	血圧	高・標準・低
〒					
自宅住所					
電話		携帯			
生活保護	・受給していない ・受給している（ 年 月 日から）				
保護者					
氏名	続柄	住所		電話番号	
		☐ 同居		自宅	
		Email		携帯	
		☐ 同居		自宅	
		Email		携帯	
緊急連絡先（保護者以外の家族・親戚など）					
	氏名	続柄	住所		電話番号
1			Email		自宅 携帯
2			Email		自宅 携帯
3			Email		自宅 携帯

※その他の家族・親戚の連絡先は、44ページへ

☐在宅・☐通園通学先・☐通所先・☐勤務先（ふだん一番利用しているところ）

名称					
住所	〒				
	電話	携帯			
	Email				
相談・支援機関（保健センター・保健所・児童相談所・支援センターなど）					
名称	担当者				
住所	〒				
	電話				
手帳など（持っていれば、記入しましょう） 保管場所（ ）					
身体障害者手帳	無・有 番号（ ） （ 種 級 障害名 ）				
愛の手帳	無・有 番号（ ） （ 1度 2度 3度 4度 ）				
精神障害者保健福祉手帳	無・有（ 級 ） 番号（ ）				
受給者証	区分（ ） 番号（ ） 有効期限 年 月 日				
介護保険の認定	要支援（1・2）要介護（1・2・3・4・5）				

記入した日： 年 月 日 記入した人：

保険・医療等の情報

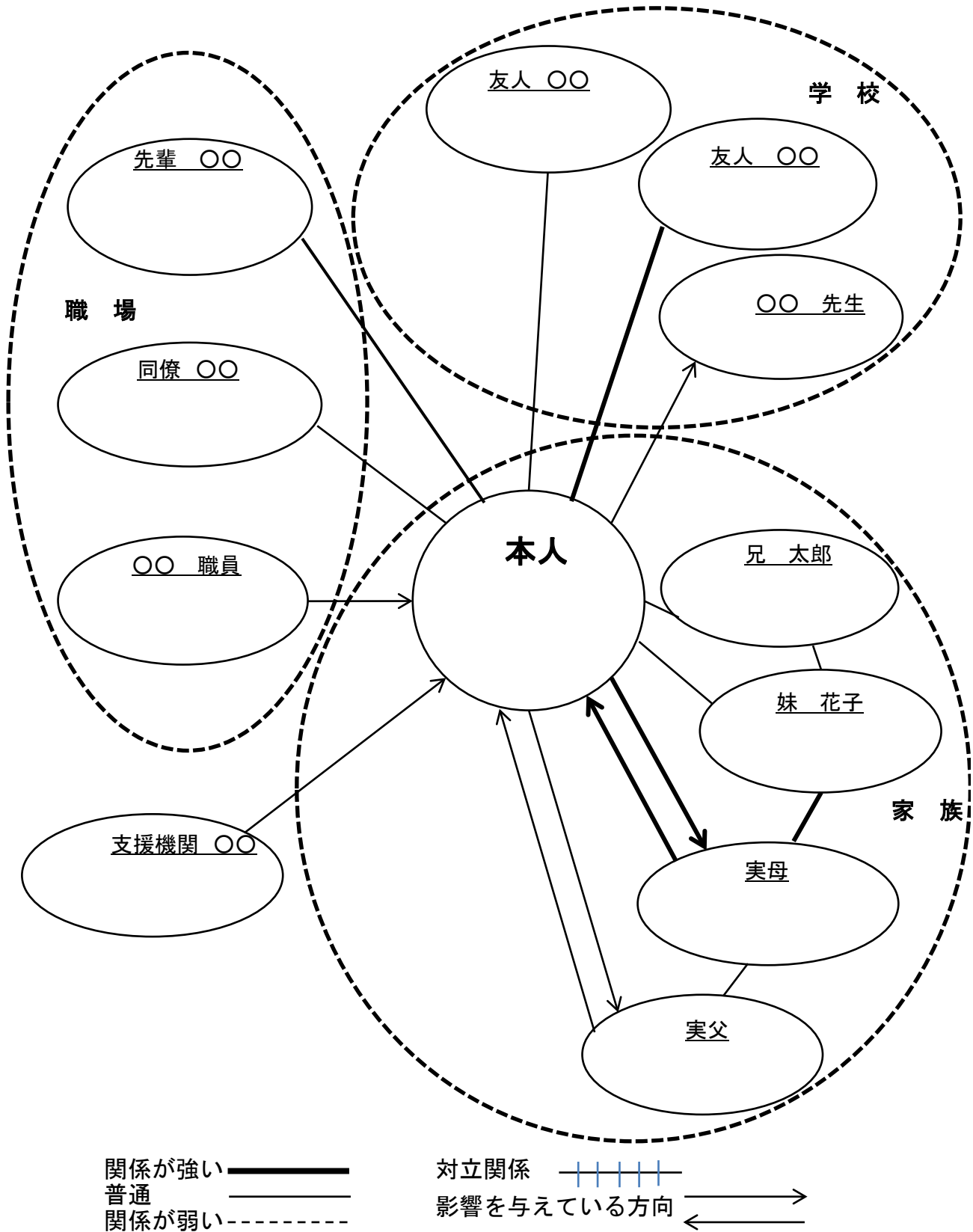
保険の情報

保管場所 ()

健康保険	保険者番号	記号	番号
その他の 医療証	名称	保険者番号	記号 番号
	名称	保険者番号	記号 番号
	名称	保険者番号	記号 番号
※例： (乳) 、 (子)			
主治医			
医療機関名		診療科	主治医
住所	〒		
	電話		
※かかりつけ医の記録は、「からだと心の情報」のページへ			
医療 診断名など			
禁忌薬（飲んではいけない薬）		無・有（ ）	
アレルギー		無・有：食べ物・薬・その他（ ）	
てんかん		無・有（タイプ： ）	
持病（慢性的な病気）		無・有（ ）	
常用薬		無・有（ ）	
医療的ケアの必要		無・有（ ）	
※さらに詳しくは、「からだと心の情報」のページへ			
本人の状態			
意思疎通	会話（可・単語のみ・不可） * 禁句など		
麻痺の有無	無・有（部位		
移動	ひとりで歩行できる・見守りや声掛けが必要・介助が必要 ・車いすや補装具を使用 道路飛び出し（無・有）		
食事	自立・見守りや声掛けが必要・介助が必要 ・偏食が激しい・過食・小食		
排泄	自立・見守りや声掛けが必要・介助が必要		
その他特記事項（自傷・他害・こだわり・など）			

記入した日： 年 月 日 記入した人：

対人関係マップ記入例



※ご本人の成長や生活を応援してくれる人、支援してくれる機関の連絡先やどのような応援をしてくれているかなどを○のなかに記入しましょう。

ご本人・家族の希望

記入した日： 年 月 日 記入した人：

生れる前から3歳までの記録

・妊娠中に特に気になることはありましたか？（無 有）

・ 出産予定日 (年 月 日)

出産日 (年 月 日) (週)

・ お母さんの年齢 (歳)

・ 赤ちゃんの体重 (g) ・ 身長 (cm)

胸囲 (cm) ・ 頭囲 (cm)

・ 出生時の異常 (無 ・ 有)

・ 母子手帳 (有 ・ 無) (保管場所 :)

・ 出産時に特に気になったこと

3～4ヶ月健診	受けていない
---------	--------

受けていない

受けた（

6～7ヶ月健診	受けていない
---------	--------

受けていない

受けた (

1歳半健診	受けていない
-------	--------

受けていない

受けた（

3歳児検診	受けていない
-------	--------

受けていない

受けた（

成長の記録

通園施設、幼稚園、保育所、児童発達支援事業所など

施設名（所属名）	所属期間	担任等	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	組	
		組	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	組	
		組	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	組	
		組	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	組	
		組	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	組	
		組	

成長の記録（子どもの幼少期の様子について）

子どもの成長で気になった点・困ったこと、家庭での様子や課題など、また相談した医療機関の医師などによる所見・診断名がありましたら記録してください。
(いつ、どこでなど)

記入した日： 年 月 日 記入した人：

小学校、特別支援学校小学部等

特別支援学校在籍 有 ・ 無

学校名等（所属名）	所属期間	担任等	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	1年生	
		2年生	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	3年生	
		4年生	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	5年生	
		6年生	

成長の記録（子どもの小学校時代の様子について）

子どもの成長で気になった点・困ったこと、学校での様子や課題など、また相談した医療機関の医師などによる所見・診断名がありましたら記録してください。
（いつ、どこでなど）

記入した日： 年 月 日 記入した人：

中学校、特別支援学校中学部等

特別支援学校在籍 有 ・ 無

学校名等（所属名）	所属期間	担任等	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	1年生	
		2年生	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	3年生	

成長の記録（子どもの中学校時代の様子について）

子どもの成長で気になった点・困ったこと、学校での様子や課題など、また相談した医療機関の医師などによる所見・診断名がありましたら記録してください。
（いつ、どこでなど）

記入した日： 年 月 日 記入した人：

高等学校、特別支援学校高等部等

特別支援学校在籍 有 ・ 無

学校名等（所属名）	所属期間	担任等	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	1年生	
		2年生	
電話	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)	3年生	

成長の記録（子どもの高等学校時代の様子について）

子どもの成長で気になった点・困ったこと、学校での様子や課題など、また相談した医療機関の医師などによる所見・診断名がありましたら記録してください。
（いつ、どこでなど）

記入した日： 年 月 日 記入した人：

通所・作業所等

事業所名	住所・電話番号	担当者
年 月～ 年 月	〒 電話番号 利用サービス名	送迎 有 ・ 無
年 月～ 年 月	〒 電話番号 利用サービス名	送迎 有 ・ 無
年 月～ 年 月	〒 電話番号 利用サービス名	送迎 有 ・ 無
年 月～ 年 月	〒 電話番号 利用サービス名	送迎 有 ・ 無

通所先等での様子・課題等がありましたらお書きください

記入した日： 年 月 日 記入した人：

一般就労

年 月 日～ 年 月 日					
勤務先 (通所先)	名称				
	住所				
	電話				
職種					
給料					
主な 相談相手	職場の上司	氏名		電話	
	職場の同僚	氏名		電話	
	ハローワーク	氏名		電話	
	ジョブコーチ	氏名		電話	
	その他	氏名		電話	

勤務先での様子・課題等がありましたらお書きください

--

記入した日： 年 月 日 記入した人：

相談・支援等の記録

相談・検査・訓練等の記録

相談等年月日	機関名 (保健センター・病院・療育センター・児童相談所等)	担当者
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	
月 日	電話番号	
	相談内容等：	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

からだと心の情報（１）

パーソナリティー

性格（性格がわかるようなエピソードがあれば書いてください。）

コミュニケーション（本人の気持ちの伝え方）言葉・表情・その他（ ）

好きなこと・好きなもの・得意なこと

苦手なこと・嫌いなもの

ストレス時の行動・表情（自傷・他害など）
どんな時に・どんなことを

対処方法

体調を保つために気をつけていること

体調が悪くなる時の兆候などとその時の対処方法

接し方の注意点や配慮してほしいことなど

記入した日： 年 月 日 記入した人：

からだの状態

身長	cm		体重	kg	
平熱	℃	夏場の平熱	℃	冬場の平熱	℃
血圧					
衣類などのサイズ					
衣類（上）	S	M	L	LL	その他（ ）
衣類（下）	S	M	L	LL	その他（ ）
靴や靴下	cm		おむつなど	S	M L LL その他（ ）

予防接種実施状況

名称	接種年月日	罹患の有無	名称	接種年月日	罹患の有無
B C G			風疹		
ツベルクリン			麻疹		
D P T 第 1 期 （三種混合）			MR 第 1 期		
D P T 第 2 期 （三種混合）			MR 第 2 期		
D P T 第 3 期 （三種混合）			MR 第 3 期		
D P T 第 4 期 （三種混合）			MR 第 4 期		
ポリオ 1 回目			日本脳炎 第 1 期		
ポリオ 2 回目			日本脳炎 第 2 期		
ポリオ 3 回目			水痘		
ポリオ 4 回目			おたふくかぜ		
D T （ジフテリア・破傷風）			ヒブ		
			肺炎球菌		
インフルエンザ予防接種 ・ 毎年接種している ・ 流行状況により接種している ・ 接種していない ・ その他（ ）					

特に注意してほしい病状（ひきつけ、ぜんそく、てんかんなど）

病名	症状や対処方法（なるべく具体的に）	
	病院名	担当医
病名	症状や対処方法（なるべく具体的に）	
	病院名	担当医
	電話番号	

アレルギー

有・無	原因物質（ ）
症状・対処方法・一番最近起こった時のことなど	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

既往症（今までにかかった大きな病気、ケガ）

病名	かかった時期	治療医療機関
	年 月 日 歳頃	担当医
	年 月 日 歳頃	担当医

その他、からだに関して気をつけてほしいこと

状態	説明
発作	有・無 状態と様子 発作時の対応
不調・痛みの訴え方 （ことば・行動・しぐさ）	
目の状態	
耳の状態	
皮膚の状態 （かぶれやすいなど）	
風邪をひきやすい	
下痢をしやすい	
便秘しやすい	
よく吐く	
関節がぬけやすい	
拘縮・まひなど	
補装具	
褥瘡（床ずれ）	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

からだと心の情報（２）

かかりつけの医療機関

科	病院名・担当医	服薬の有無	通院状況・治療内容など
	電話	有・無	
	電話		
	電話		
	電話		
	電話		
	電話		

受診の際に気をつけてほしいこと

病院内での主な様子		本人への治療方法の伝え方・その他注意してほしいこと
待合室		
診察室		
注射		

常用薬

お薬手帳	有・無	保管場所：このファイルに保管しましょう
薬の説明書	有・無	保管場所：シールは、お薬手帳に貼って、 説明書は、次のページにつづりましょう。
薬の飲み方	(飲み方で注意することなど)	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

からだと心の情報（3）

特別な医療や措置

（定期的に、あるいは頻回に受けているもの）

必要なものに○	内容	
点滴の管理		
中心静脈栄養		
透析	（週 回） 血液透析・腹膜透析	
ストーマの位置		
酸素吸入	常時・定時・臨時 （ l）	
レスピレーター	常時・定時・臨時 （メーカー名 ）	
気管切開部ケア	カニューレ 有・無 種類など 大きさ Fr 交換の頻度 交換等を頼んでいる病院名	
疼痛の看護		
吸引	口腔内・鼻腔・のど・気管内 （ 回／日 一時的・継続的） チューブの大きさ Fr	
エアウェイ	常時・定時・臨時 サイズ 挿入cm・固定方法	
モニター測定 （いつもの値）	酸素飽和度 （ ）・血圧 （ ／ ）・心拍 （ ） ・その他 （ ）	
尿道カテーテル	留置・コンドーム型・その他 （ ） （太さ インチ・精製水 cc）	
導尿	定時・臨時 カテーテルの太さ Fr	
褥瘡（床ずれ）	部位 （ ）	
体位交換		
シャント	有・無 部位（頭部・その他 ） トラブル時に診てもらう病院	
経管栄養	胃チューブ・十二指腸チューブ・胃ろう・その他	1日の総量
		1回の分量
		回数
		時間
		内容
		注入時の姿勢
		チューブの太さ Fr 挿入の長さ mm 落とす速度
		水分 cc
		胃ろうの種類 大きさ
		胃ろう・十二指腸チューブ交換の 病院 その他
安全な処置や対応のための留意事項		

記入した日：

年 月 日

記入した人：

17

からだと心の情報（４）

パニックの原因

パニック・精神的に不安定になる時の前ぶれ
たとえば、爪・唇をかむ、声の調子、緊張など

パニック・精神的に不安定になるきっかけ どんなときに起きるか

- 1 時間帯について：（起こりやすい時間と起こりにくい時間）
- 2 場所について：（起こりやすい場所と起こりにくい場所）
- 3 人、物（作業着など）について
- 4 場面について
 - ・ 難しい課題の指示があったとき
 - ・ 大好きな行動の中断があったとき
 - ・ 予告なしの日課や活動スケジュールの変更があったとき
 - ・ 欲しかったものが手に入らなかったとき
 - ・ しばらくの間（例：１５分など）注目されない、ひとりにされること
 - ・ その他、騒音、光などのきっかけについて

対処法（そのとき支援者がしたらよいこと、してはいけないこと）

記入した日： 年 月 日 記入した人：

パニック時の対処

パニックや精神的に不安定になったときについて
どの様な状態になるか

どのくらい続くか

やめた方がよい対処方法

落ち着ける場所など

回復期

回復期の状況、回復期の対処方法について

こだわり、口癖、行動

他人から見て気になると思われることなど
具体的な様子

課題、問題行動

食べ物以外のものを口に入れる、道路に飛び出す、自分や他人を傷つける行為がある、動きが多い、など
課題、問題になるとと思われること（もしくは過去課題となったこと）

配慮して欲しいことや問題行動への対応など

記入した日： 年 月 日 記入した人：

からだと心の情報（５）

- ・ ころとからだの情報に書ききれなかったことを書いてください。

記入した日： 年 月 日 記入した人：

過ごし方

1日の過ごし方（曜日～

曜日）

介護や薬などの医療について		睡眠、食事やトイレなど
	0時	
	1時	
	2時	
	3時	
	4時	
	5時	
	6時	
	7時	
	8時	
	9時	
	10時	
	11時	
	12時	
	13時	
	14時	
	15時	
	16時	
	17時	
	18時	
	19時	
	20時	
	21時	
	22時	
	23時	
	24時	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

1 週間の過ごし方

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
帰宅後							
備考							
平日の過ごし方							
休日の過ごし方							
その他、過ごし方について							

本人にとって大事な 1 年間の予定

1 月	
2 月	
3 月	
4 月	
5 月	
6 月	
7 月	
8 月	
9 月	
10 月	
11 月	
12 月	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

日常生活上の介助・配慮

食事

食形態	普通食・一口大（ mm角） ・ きざみ（ mm角） 流動食（かたさ・濃度 ） ・ 牛乳（ ） 経管栄養・胃ろう ・ その他（ ）
介助必要・方法	・ 自分で食べる：自分で使える道具（箸・スプーン・フォーク・その他 ） ・ 一部介助 ：どの程度（ ） 自助具 使用するもの（箸・スプーン・フォーク・コップ・吸い飲み） 自助具の素材（ ） ・ 大きさ（ ） ・ 食べさせてほしい：使う道具（箸・スプーン・フォーク・コップ・その他 ） 道具の素材（ ） ・ 大きさ（ ） 介助位置 （右 ・ 左 ・ 正面） あご介助 （要 ・ 不要） 食事の姿勢（場所）：車いす ・ 食事用いす（角度 度） ・ その他
好きな食べ物	食材・メニューなど
嫌いな食べ物	食材・メニュー・家では食べられるが場所や場面が代わると食べられない物など
食べてはいけない物	・ 食物アレルギー
外食	選びやすいメニュー、メニューの選び方 入りやすい店
その他注意してほしいこと、支援してほしいこと 食べ方の様子、好きな場所、食事中のマナー、食事の終わりをどう伝えるかなど	

記入した日： 年 月 日 記入した人：

水分

介助の必要	有 ・ 無
必要なもの	とろみ（つける ・ つけない） とろみの種類（メーカー名 商品名 ） 使う道具（スプーン ・ コップ ・ ストロー ・ その他 ）
一日の摂取量	CC
時間（摂取時間、回数など）	
介助方法（水分摂取時）	車いす ・ 座位保持いす ・ その他
好きな飲み物	
嫌いな飲み物	
飲んではいけない飲み物	
その他注意してほしいこと、支援してほしいこと	

排泄・生理

おむつ・特別な下着の工夫など 有 ・ 無

排尿

1日の回数（ ）回くらい （約 時間おき）

洋式便器（使用できる・使用できない）和式便器（使用できる・使用できない）

（すべてひとりでできる・時間をみて声かけしてほしい・仕草をみて誘導してほしい
見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい）

具体的な支援方法（具体的な仕草等も）

排便

1日の回数（ ）回くらい

（ ）日に1回くらい 便秘薬の使用（有 ・ 無）

洋式便器（使用できる・使用できない）和式便器（使用できる・使用できない）

（すべてひとりでできる・時間をみて声かけしてほしい・仕草をみて誘導してほしい
見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい）

具体的な支援方法（具体的な仕草等も）

生理の手当

開始時期

周期・日数

生理痛・量・生理用品など

生理用品交換のとき

（ひとりでできる・交換タイミングの声かけが必要

見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい）

具体的な支援方法（具体的な仕草等も）

睡眠・入浴・洗面・歯磨きなど

睡眠のパターンについて

起きる時間 : 決まっていない・決まっている (時 分頃)

寝る時間 : 決まっていない・決まっている (時 分頃)

睡眠時間 : (約 時間)

睡眠状況 : 安定してよく眠れる ・ 不眠がある (時々・よくある)
夜中に起きる ・ 昼夜逆転がある ・ 夜尿起しが必要
その他

寝具へのこだわり 無 ・ 少しある ・ とてもある

寝るときの癖 本を読む、何か持って寝る、添い寝が必要あるいはない方がよいなど

朝の目覚め方 静かに起される方がよいなど、起きる際に配慮してほしいことなど

入浴

ひとりで入れる ・ 見守りが必要 ・ 少し手伝ってほしい ・ すべて手伝ってほしい

洗面・歯磨き・うがい

洗面

(ひとりでできる・見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい)

歯磨き

(ひとりでできる・見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい)

うがい (ひとりでできる・できない)

爪切り

(ひとりでできる・見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい)

耳そうじ

気をつけること

よく行く床屋・美容院など

着替え

衣服の着脱

(ひとりでできる・見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい)

衣服の選択

(ひとりでできる・見守りが必要・少し手伝ってほしい・すべて手伝ってほしい)

気温に合わせた衣服の調節 (自分でできる・声かけしてほしい・できない)

その他注意してほしいこと、支援してほしいこと 衣服のこだわり、着る順番など

移動

移動時の支援の仕方

初めての場所に行くとき、道路を歩くとき、交通機関を利用するときの注意点など

通勤、施設に通うこと、外出がひとりでできますか

(ひとりでできる・友達や兄弟と一緒に・誰かが付き添う)

感覚・コミュニケーション・人との関わり

感覚面の特性、留意すること

音、見えるもの、感触、匂い、味、運動、身体バランス、姿勢・動作、
触られること（好き・嫌い、触られる部位）など

理解の仕方について

言葉を文字通りにとってしまう、言葉だけでなく絵カードやジェスチャーが必要、
筆談が必要など

具体的な理解の仕方

支援の仕方

人の多いところ、騒がしい場面での様子について

職場・通所施設などの人数、苦手とする人（女性・男性・若者など）

支援者の人数や、やり取りの仕方などの配慮方法

行楽地での様子（海・山・遊園地など）

苦手なもの（動物・特殊な音など）

社会性

年齢相応の社会のルールが分かるか。
分からない場合、どんなことが難しいのかなど

支援の仕方

家族、友人、他人との対人関係について

性への関心（有 ・ 無）異性との交流・トラブルなどについて

余暇活動・本人が持っている力

余暇の過ごし方 本人にとって大事な過ごし方
好きなこと、得意なこと、嫌いなことなど
(趣味・嗜好・本人にとって楽しめることなど)

記入した日： 年 月 日 記入した人：

本人が持っている力

- ・ お金の管理、ひとりで買い物ができますか
(ひとりでできる・見守りが必要・手伝いが必要・できない)

- ・ バス、電車などの公共機関を利用できますか
(ひとりでできる・見守りが必要・手伝いが必要・できない)

- ・ 自分の住所、氏名、電話番号等を伝えられますか
(ひとりでできる・見守りが必要・手伝いが必要・できない)

- ・ 文字の読み書きができますか
(ひとりでできる・見守りが必要・手伝いが必要・できない)

- ・ 簡単な家事（洗濯、食器洗いなど）ができますか
(ひとりでできる・見守りが必要・手伝いが必要・できない)

- ・ インターネットの利用（有 ・ 無）
主な利用の仕方

- ソーシャルネットワーキングサービスの利用（有 ・ 無）

福祉情報

障害に関する診断の内容

診断名	診断を受けた時期	診断機関	診断内容
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		

福祉サービス事業所利用状況

事業所名 (利用サービス名)	利用開始日	住所・電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号
()		〒 電話番号

記入した日： 年 月 日 記入した人：

短期入所など

施設名 電話番号	利用理由	時期・期間	申込方法・手続き	備考
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				
(電話：)				

記入した日： 年 月 日 記入した人：

助成制度など

		更新手続きの有無 有・無	利用の有無 有・無	更新手続きの時期・注意点など	窓口
医療・健康	(都)・(市)心身障害者医療費助成				市
	自立支援医療 (精神通院・育成・更生)				
	はり・きゅう・マッサージ・機能回復受術券				
	難病医療費等助成				
	小児精神障害者入院医療費助成				都
	小児慢性疾患の医療費助成				市
	養育医療の医療費助成				
	結核医療費の公費負担				保健所
	療育給付				
	スモン患者に対するはり等施術費の助成				都
	大気汚染に係わる健康障害者の医療費助成				市
	光化学スモッグ健康障害者の医療費助成				保健所市
	原爆被害者医療の給付事務				
	B型・C型ウィルス肝炎治療医療費助成				
	人工透析にかかる医療費助成				
	後期高齢者医療保険				
	ひとり親家庭等医療費の助成				
補装具費の給付事業	補装具の購入と修理				市
	補装具等自己負担金助成事業				
	日常生活用具の給付				
	(市)心身障害者(児)おむつの給付				
	(都)難病患者等日常生活用具給付事業				
日常生活	身体障害者福祉電話使用料助成				市
	重度身体障害者緊急通報システム				
	心身障害者寝具乾燥				

記入した日： 年 月 日 記入した人：

助成制度など（つづき）

		更新手続きの有無 有・無	利用の有無 有・無	更新手続きの時期・注意点など	窓口
日常生活	重度身体障害者 巡回入浴サービス	有・無	有・無		市
	在宅心身障害者（児） 理髪サービス				
	低所得障害者等世帯 下水道料金助成				
	心身障害者ガソリン等 費用助成				
	福祉タクシー 利用券の交付				
	心身障害者自動車 運転講習費助成				
	身体障害者自動車 改造費助成				
	心身障害者自転車 駐車場利用料の助成				
	駐車禁止除外指定車の 標章の交付				府中 警察署
	高齢運転者等 専用駐車区間制度				
	自動車事故被害者に 対する援助				自動車 事故対
	点字による即時情報 ネットワーク事業				都盲人 協会
	視覚障害者日常生活 情報点訳等サービス				都
	盲人用具の 販売あっせん				日本点字 図書館
	電話設置時等優遇措置				N T T
	N T Tの無料番号案内 「ふれあい案内」				N T T
	東京都障害者休養 ホーム利用料の助成				市
	心身障害者（児） 休養事業				
	郵便等による 不在者投票				
	生活福祉資金の貸付				社協
割引・ 減免・ 免除	タクシーの 障害者割引				手帳 提示
	J R・私鉄等運賃の 割引				
	都営交通の無料パス				市
	民営バスの割引				
	有料道路通行料金 割引				

記入した日： 年 月 日 記入した人：

助成制度など（つづき）

		更新手続きの有無 有・無	利用の有無 有・無	更新手続きの時期・注意点など	窓口
割引・減免・免除	航空運賃の割引				航空会社市
	交通災害共済会費の免除				
	府中市火災共済会費の免除				
	水道・下水道料金の減免				
	NHK放送受信料の減免				
	ごみ処理に関する減免				
	郵便料金の減免				郵便局
手当・年金等	(国) 特別障害者手当				市
	(国) 障害児福祉手当				
	(都) 重度心身障害者手当				
	(都)(市) 心身障害者(児) 福祉手当				
	(市) 指定疾病者福祉手当				
	(国) 特別児童扶養手当				
	(国) 児童扶養手当				
	(都) 児童育成手当(育成手当)				
	(都) 児童育成手当(障害手当)				
	(国) 障害基礎年金(国民年金)				
	(国) 特別障害給付金				
	(国) 障害厚生年金・障害手当金				
	(都) 心身障害者扶養共済制度				
	(市) 原爆被爆者援護金				
税の軽減	自動車税・自動車取得税の減免				都税事務所市
	軽自動車税の減免				

記入した日： 年 月 日 記入した人：

補装具など

機器等の名称					
業者	会社名		連絡先	電話	
	担当者			F A X	
導入の目的					
交付年月日		年 月 日	耐用年数		年

機器等の名称					
業者	会社名		連絡先	電話	
	担当者			F A X	
導入の目的					
交付年月日		年 月 日	耐用年数		年

機器等の名称					
業者	会社名		連絡先	電話	
	担当者			F A X	
導入の目的					
交付年月日		年 月 日	耐用年数		年

機器等の名称					
業者	会社名		連絡先	電話	
	担当者			F A X	
導入の目的					
交付年月日		年 月 日	耐用年数		年

車いすの操作方法など

操作方法	電動 ・ 簡易電動 ・ 手動
バッテリー充電方法	外部 ・ コンセント
手動にする時のレバーの位置	横 ・ 後

記入した日： 年 月 日 記入した人：

本人の思い

氏名 () 歳 記入年月日 年 月 日

暮らし方について

どこで暮らしたいですか

- 1 自宅 2 グループホーム 3 入所施設
- 4 アパート・マンションなど 5 その他（ ）

どのように（誰と）暮らしたいですか

- 1 父母と一緒に 2 日中活動の仲間と 3 学校時代の仲間と
4 グループならだれとでもよい 5 きょうだいと一緒に
6 一人暮らし 7 その他（ ）

そのほか、暮らし方について考えていること

--

結婚について

--

日中活動について

--

余暇活動について

--

記入した日： 年 月 日 記入した人：

※現在働いている人も含め、今の気持ちや将来の希望を記入してください。

働く理由	何のために、働きたいと思っていますか？どんなことに働く喜びを感じますか？ (例) ・収入(給料)を得るため ・地域社会での役割を持つため ・自分の夢を実現するため ・人とかかわるため
得意なこと 苦手なこと	働くうえで、得意なことはなんですか？ (例) ・あいさつができる ・体力がある
	働くうえで、苦手なことはなんですか？ その苦手なことにどんな手助けがあればいいと思いますか？
希望就職	どんな仕事をやりたいと思っていますか？
希望給料 (工賃)	生活するため、夢をかなえるため、どれくらいの給料を希望しますか？

記入した日： 年 月 日 記入した人：

本人の願い

氏名	() 歳	記入年月日	年	月	日
からだについて					
暮らしについて					
仕事について					
夢・目標					
その他					

氏名	() 歳	記入年月日	年	月	日
からだについて					
暮らしについて					
仕事について					
夢・目標					
その他					

記入した日： 年 月 日 記入した人：

保護者の願い

氏名 ()

子どもの年齢	歳	記入年月日	年	月	日
健康について					
通院について（付き添い、費用、入院先、その他）					
入院について（付き添い、費用、入院先、その他）					
入院時の保証人（親以外の保証人 名前・間柄・連絡先など）					
手術時の同意人（親以外の同意人 名前・間柄・連絡先など）					
生活環境					
仕事について					
将来の希望					
その他					

記入した日： 年 月 日 記入した人：

成 年 後 見

・ 申し立て済み 後見 ・ 補佐 ・ 補助

成年後見人等

就任した年月日（ 年 月 日）

氏名	
続柄・所属	
住所	
電話番号	

・ 検討中

理由	
----	--

後見人等をお願いする候補者がある場合

氏名	
続柄・所属	
住所	
電話番号	

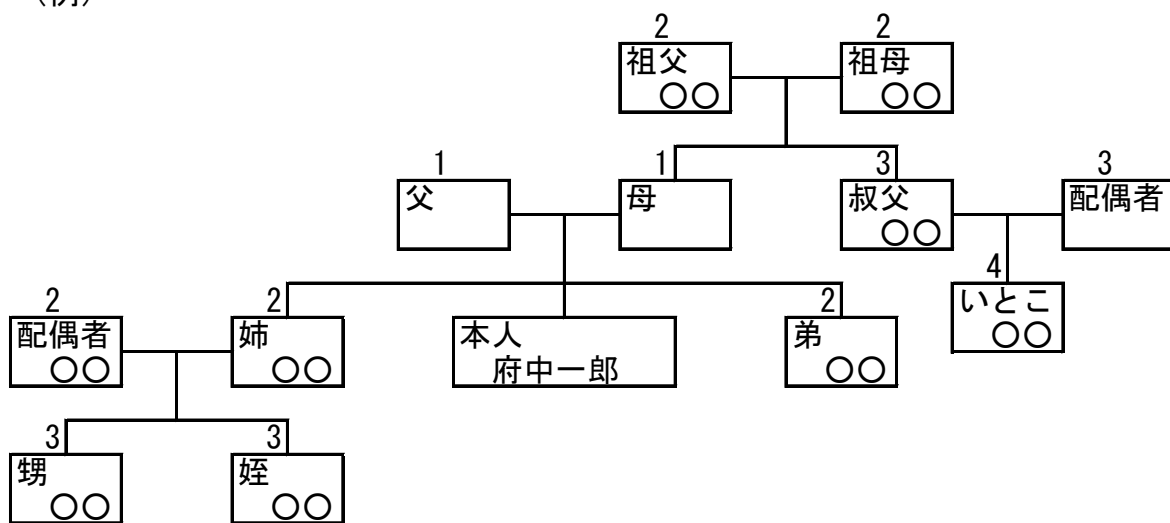
・ 申し立てはしない

理由	
----	--

記入した日： 年 月 日 記入した人：

家 系 図

(例)



家系図

A large grid of graph paper. A dashed line forms a square in the upper left corner, with its bottom-left corner at the top-left corner of the grid. The dashed line extends 10 units horizontally and 10 units vertically, meeting at a point in the upper right quadrant. The rest of the grid is empty.

記入した日：

年 月 日

記入した人：

家族・親戚の連絡先

[illegible]

記入した日： 年 月 日 記入した人：

財産目録

本人名義のものについて、必要に応じて記入してください。

不動産（土地）

所在	地番	地目	地積（㎡）	現況・使用状況等	資料番号
	番		㎡		
	番		㎡		

不動産（建物、マンションなど）

所在	地番	地目	地積（㎡）	現況・使用状況等	資料番号
	番		㎡		
	番		㎡		

預貯金・現金

金融機関・支店名	種別	口座番号	金額（円） （残高確認年月日）	管理者	資料番号
			（ 年 月 日）		
			（ 年 月 日）		
			（ 年 月 日）		
合計					

投資信託・株式など

金融・証券会社名 銘柄等	種別	数量 （口数等）	評価額（円） （最終評価年月日）	管理者	資料番号
			（ 年 月 日）		
			（ 年 月 日）		
			（ 年 月 日）		
合計					

記入した日： 年 月 日 記入した人：

生命保険・損害保険など

保険会社の名称	種類	保険証券番号	支払予定額 満期年月日	証書等の 保管者	資料番号
			(年 月 日)		
			(年 月 日)		
			(年 月 日)		

負債

債権者名 (支払・返済先)	種別	残額 (円)	借入金額等	返済予定等	資料番号
合計					

本人が相続分を有する遺産

遺産の種類 (不動産は所在・地番等、預貯金は金融機関名・口座番号等をわかる範囲内で記入してください)	金額または評価額 (円)	資料番号
合計		
本人の相続分相当額 (法定相続分 /)		

記入した日： 年 月 日 記入した人：

定期的な収入

種別	支払者の氏名・名称	金額（円）	保管方法等	資料番号
障害年金		年・月	振込金融機関など	
手当		年・月		
生活保護費		年・月		
勤労収入		年・月		
		年・月		
年合計または月合計		年・月		

定期的な支出

種別	支払者の氏名・名称	金額（円）	保管方法等	資料番号
入院・入所費		年・月		
医療費		年・月		
健康保険料		年・月		
介護保険料		年・月		
住民税		年・月		
固定資産税		年・月		
家賃・地代		年・月		
生活費		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
		年・月		
年合計または月合計		年・月		

収支概算

年間収入	約	万円
年間支出	約	万円
差引	約	万円
	☐ 黒字 ☐ 赤字	

記入した日： 年 月 日 記入した人：