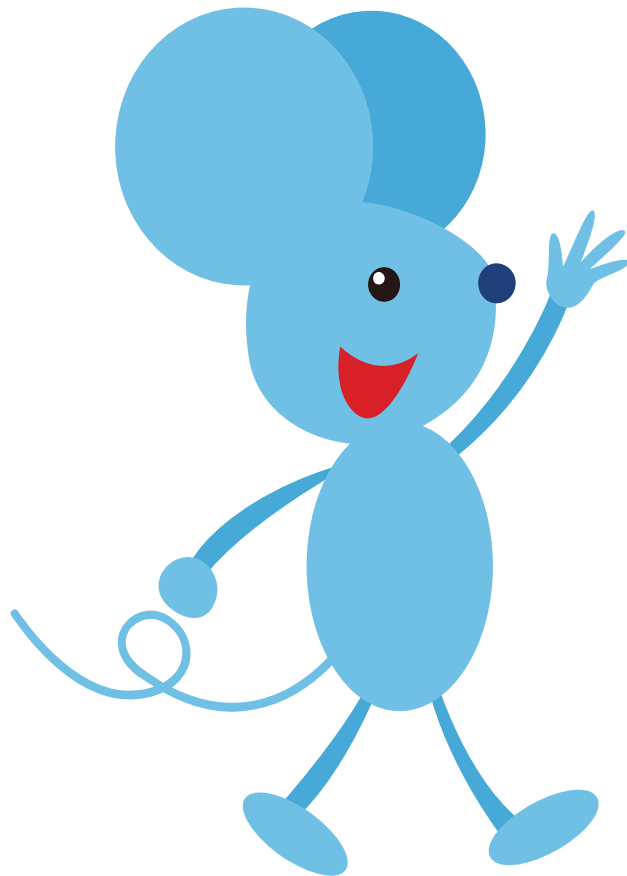


府中市・ちゅうファイル

ちゅうファイル

府中市わたしの生涯記録ノート



氏名：

このファイルは本人にとって非常に大切な情報が記載されています。
ひろわれた方は、お手数ですが、本人または府中市障害者福祉課生活係（042-335-4545）
までお知らせくださいますよう、お願いいたします。

1. はじめに

この『ちゅうファイル（以下、「ファイル」といいます）』は、福祉的支援を必要とする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、学校を卒業したとき、保護者が亡くなった時、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. 「ちゅうファイル」の取扱い

(1) ご本人やご家族の方へ

ファイルは、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。

個人情報等の内容について細心の注意を払い、取り扱ってください。紛失のないよう管理してください。

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も構いません。また、必要のないページは取り外すことも可能です。

(2) 関係機関の皆様へ

ご本人がファイルをお持ちになった場合、ぜひファイルの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、必ずご本人の承諾を得たうえ、取扱いには十分注意してください。

ファイルの内容に関して、関係機関同士で情報交換する際も、ご本人に承諾を得ることが必要です。

3. 利用方法

(1) ご本人やご家族が必要なシートを使い、ご本人のことで伝えたいことを書きます。

書くことが難しい場合は、周囲の信頼できる人に手伝ってもらうことも可能です。

(2) 関係機関に伝えたいことや、配慮して欲しいことを、記入します。

4. 利用するメリット

(1) ご本人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らっしゃる方は、利用しているそれぞれの機関がご本人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。

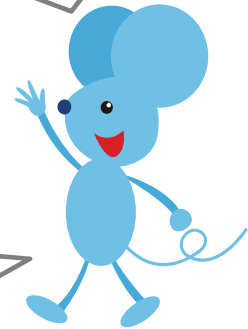
5. 「ちゅうファイル」の構成(以下より必要なシートのみお使いください)

【基本情報のシート】

- (1) 重要な情報(本人の情報、連絡先など)
- (2) 保険・医療等の情報、本人の状態
- (3) 対人関係マップ
- (4) 成育歴
- (5) 発達状況
- (6) 成長の記録
- (7) 小学校・中学校・高等学校時代の記録
- (8) 相談・支援等の記録

←乳幼児期の発達の記録は母子健康手帳の記録で代用できます。

↓追加のシートは、ご自身の必要に合わせたものをご利用ください。



【追加・詳細情報のシート】

- (A) 日中活動の状況
 - ①通所・作業所等
 - ②一般就労
- (B) からだと心の情報
 - ①性格・個性
 - ②からだの状態・予防接種・アレルギー等
 - ③既往症・その他気をつけること
 - ④かかりつけ医療機関等
 - ⑤特別な医療措置等
 - ⑥パニックの原因
 - ⑦パニック時の対処法
 - ⑧その他(特記事項)
- (C) 生活スケジュール
 - ①1日の過ごし方
 - ②1週間の過ごし方・1年間の予定
- (D) 日常生活上の介助・配慮
 - ①食事(食形態・嗜好等)
 - ②水分(摂取方法等)
 - ③排泄・生理
 - ④睡眠・入浴など
 - ⑤洗面・衛生など
 - ⑥着替え・移動
 - ⑦感覚・コミュニケーション・人との関わり
- (E) 余暇活動、本人が持っている力
- (F) 福祉情報(気になる点に関する診断内容、福祉サービス事業所利用状況等)
- (G) 短期入所などの記録
- (H) 助成制度など
- (I) 補装具など
- (J) 思い・希望・願い
 - ①本人の思い
 - ②本人の願い
 - ③保護者の願い
- (K) 成年後見
 - ①成年後見人等
 - ②家系図
 - ③家族・親戚の連絡先
- (L) 財産等
 - ①財産目録
 - ②保険・負債・相続遺産
 - ③定期的な収入・支出



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 /
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
		<input type="checkbox"/> 同居	自宅
		Email	携帯
		<input type="checkbox"/> 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				自宅
			Email	携帯
2				自宅
			Email	携帯
3				自宅
			Email	携帯

※その他の家族・親戚の連絡先は、追加シート (K-3) へ

在宅 通園通学先 通所先 勤務先 (主な日中の居所)

名称	
住所	〒 - 電話 Email 携帯

相談・支援機関 (保健センター・保健所・児童相談所・地域生活支援センターなど)

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 () (種 級 障害名)
愛の手帳	無・有 () (1度 2度 3度 4度)
精神障害者保健福祉手帳	無・有 (級) 番号 ()
障害福祉サービス・児童通所・地域相談支援 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	保険者名 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
※名称例 (乳) (子)	名称 保険者番号	記号	番号

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、追加シート（B-4）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（追加シート（B-1））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) 備考：
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

本人

関係が強い——
普通——
関係が弱い-----

対立関係 ————
影響を与えている方向 →
←

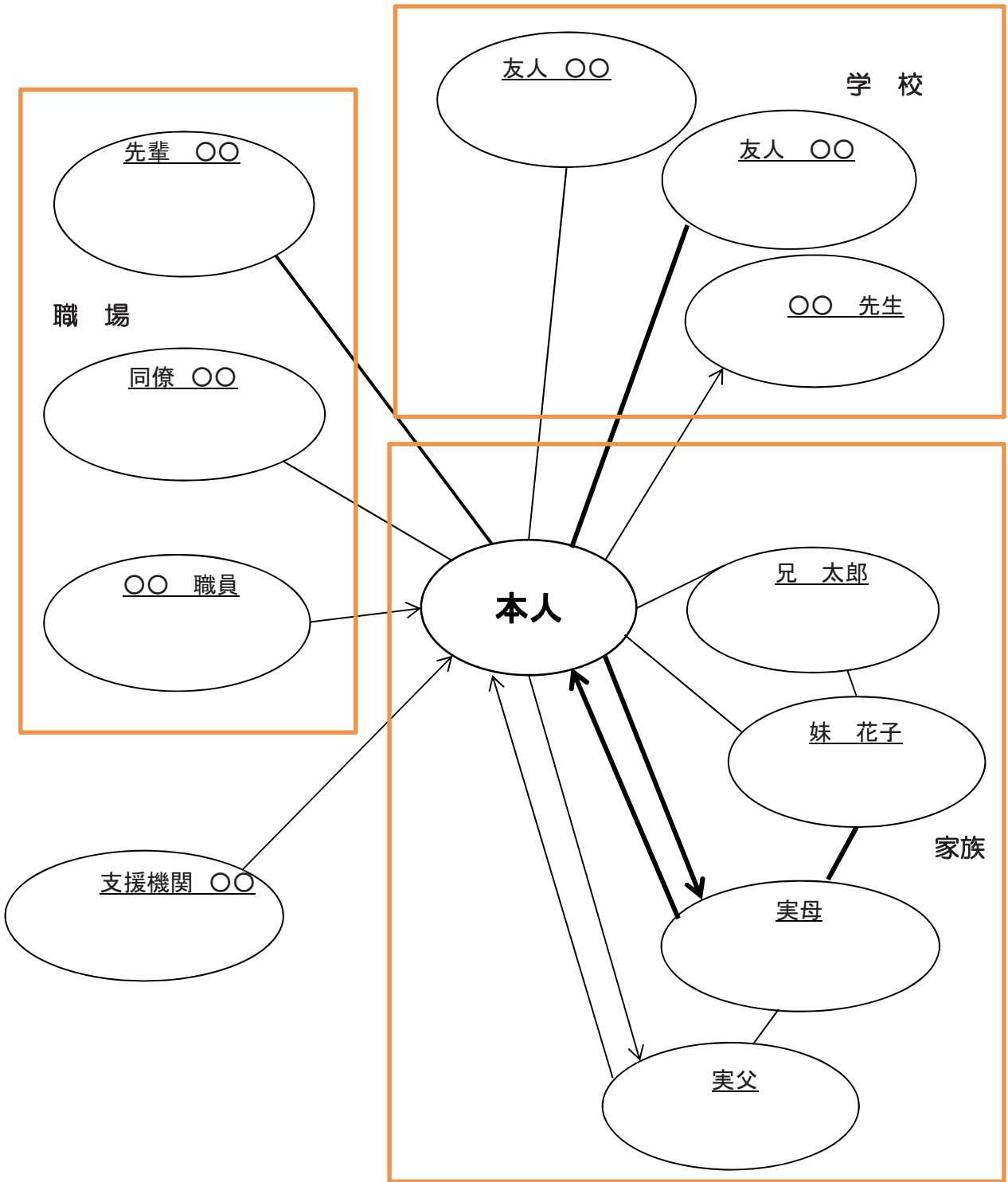
※ご本人の成長や生活を応援してくれる人、支援してくれる機関の連絡先やどのような応援をしてくれているかなどを○のなかに記入しましょう。

ご本人・家族の希望

記入した日： 年 月 日 記入した人：

🎀基-3-1🎀

対人関係マップ記入例



関係が強い **—————**
 普通 **—————**
 関係が弱い **-----**

対立関係 **+++++**
 影響を与えている方向 **—————>**
<—————

※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いるかなどを〇のなかに記入しましょう。

ご本人・家族の希望
 多くの関係者から支援を受けながら、毎日の生活を楽しみたい。

記入した日： H●●年 ●月 ●日 記入した人： 母

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)

※必要に応じて、保護者やご家族の方が記入してください。

記入した日： 年 月 日 記入した人：

小学校(低学年)の記録

小学校、特別支援学校小学部等（1～3年生）

	学校名（所属名）	クラス 担任等	所属期間	通級学級の利用
1 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	
2 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	
3 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	

成長の記録（子どもの小学校低学年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、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）

※必要に応じて、保護者やご家族の方が記入してください。

記入した日： 年 月 日 記入した人：

小学校(高学年)の記録

小学校、特別支援学校小学部等(4～6年生)

	学校名(所属名)	クラス 担任等	所属期間	通級学級の利用
4 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	
5 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	
6 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	

成長の記録(子どもの小学校高学年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、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)

※必要に応じて、保護者やご家族の方が記入してください。

記入した日：

年 月 日

記入した人：

基-7-2

中学校の記録

中学校、特別支援学校中学部等

	学校名（所属名）	クラス 担任等	所属期間	通級学級の利用
1 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	
2 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	
3 年 生	電話		年 月 ~	無 有：学校名
			年 月	

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、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）

※必要に応じて、保護者やご家族の方が記入してください。

記入した日： 年 月 日 記入した人： 基-7-3

高等学校の記録

高等学校、特別支援学校高等部等

	学校名（所属名）	クラス 担任等	所属期間
1 年 生	電話		年 月 ~ 年 月
2 年 生	電話		年 月 ~ 年 月
3 年 生	電話		年 月 ~ 年 月

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、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）

※必要に応じて、保護者やご家族の方が記入してください。

記入した日：

年 月 日

記入した人：

基-7-4



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：	
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：



日中活動の状況



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：

日中活動の状況

一般就労

年 月 日 ~ 年 月 日			
勤務先	名称		
	住所		
	電話		
職種			
仕事の内容			
勤務時間			
給料			
職場の支援者 (上司・同僚 等)	氏名	職名	支援内容等
	氏名	職名	支援内容等
	氏名	職名	支援内容等

利用している就労支援機関

支援機関名	住所・電話番号	担当者
年 月 ~ 年 月	〒 - 電話番号	
支援内容		
年 月 ~ 年 月	〒 - 電話番号	
支援内容		
年 月 ~ 年 月	〒 - 電話番号	
支援内容		

勤務先での様子・課題等がありましたらお書きください

※勤務先が変わったら、新しいシートへ記入してください

記入した日： 年 月 日 記入した人：



からだと心の情報



性格・個性

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：

■■ 追-B-1 ■■

からだと心の情報

からだの状態

身長	cm	体重	kg
平熱	℃	夏場の平熱	℃
冬場の平熱	℃		
血压	/		
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 S M L LL その他（ ）

予防接種実施状況 各年ワクチン接種に変更があるため母子手帳の予防接種ページのコピーを貼付してご利用ください

名称	接種年月日	罹患年月日	名称	接種年月日	罹患年月日
BCG			MR (麻疹・風疹)		
ツベルクリン			ヒブ		
三種／四種混合 (百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ)			肺炎球菌		
			水痘(みずぼうそう)		
生ワクチンポリオ			流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		
不活化ポリオ					
日本脳炎			その他の接種記録		
B型肝炎					
DT (ジフテリア・破傷風)					

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	
	電話番号		
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

からだと心の情報

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
けいれん発作	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)	
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

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
	担当医： 電話	有・無	
	担当医： 電話	有・無	
	担当医： 電話	有・無	
	担当医： 電話	有・無	
	担当医： 電話	有・無	
	担当医： 電話	有・無	

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		
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

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)

	内 容
必要なものに○	
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 ()
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	

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）

からだと心の情報

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：

■■ 追-B-7 ■■

からだと心の情報

からだと心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：

■■ 追-B-8 ■■



生活スケジュール



1日の過ごし方（ 曜日～ 曜日）

介助や薬などの医療について	時	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：

生活スケジュール

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 ()
 ⇒詳細は『追-B-5』のシートへ

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・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変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：

日常生活上の介助・配慮

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)

日常生活上の介助・配慮

洗面・衛生など

洗面・歯磨き・うがい

洗面

(ひとりのできる・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

(ひとりのできる・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(ひとりのできる・できない)

爪切り

(ひとりのできる・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

記入した日： 年 月 日 記入した人：

日常生活上の介助・配慮

着替え

衣服の着脱

(ひとりのできる・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

(ひとりのできる・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

(ひとりのできる・友達や兄弟と一緒に・誰かが付き添う)

記入した日：

年

月

日

記入した人：

日常生活上の介助・配慮

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

日常生活上の介助・配慮

感覚・コミュニケーション・人との関わり

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

記入した日：

年

月

日

記入した人：



余暇活動

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)

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
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号
()	年 月 日	〒 - 電話番号

記入した日： 年 月 日 記入した人：





短期入所などの記録



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：)				
(電話：)				
(電話：)				

記入した日：

年 月 日

記入した人：

☀ 追-G ☀



助成制度など



医療・健康・手当・年金等

	制度の名称	更新手続の有無	更新手続きの時期・注意点など	窓口
医療・健康				
手当・年金等				

記入した日： 年 月 日 記入した人：

助成制度など

日常生活・割引・減免・免除

	制度の名称	更新手続の有無	更新手続きの時期・注意点など	窓口
日常生活				
割引・減免・免除				

記入した日： 年 月 日 記入した人：



補装具など



補装具・日常生活用具

機器等の名称				
業者	会社名	連絡先	電話	
	担当者		FAX	
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		FAX	
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		FAX	
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		FAX	
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・希望



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：

本人の思い・希望

※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

保護者氏名 ()

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（保護者以外の保証人 名前・間柄・連絡先など）					
手術時の同意人（保護者以外の同意人 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	

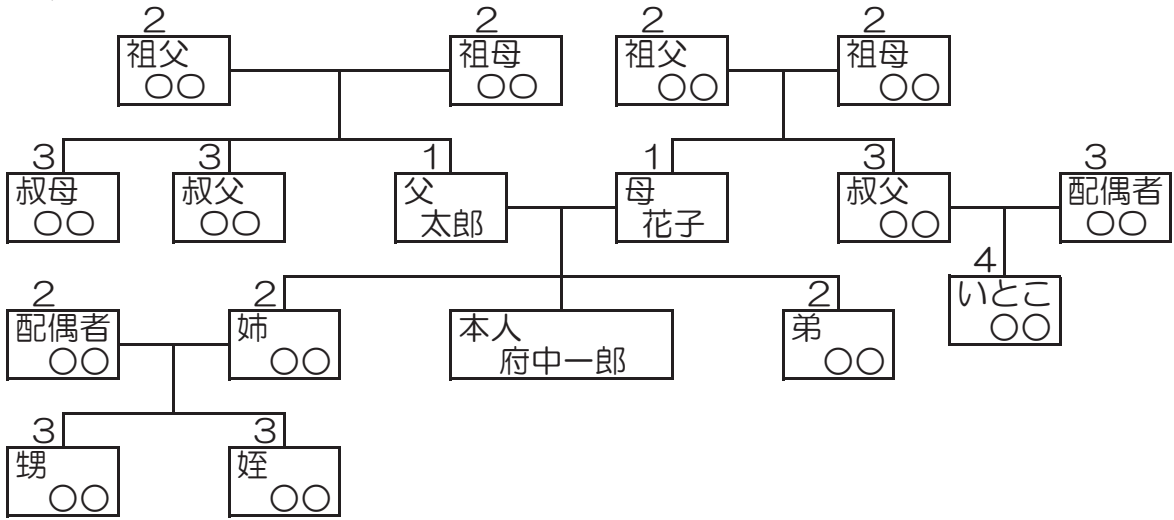
・ 申立てはしない

理由	
----	--

記入した日： 年 月 日 記入した人：

家系図

(例)



家系図

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 (m ²)		現況・使用状況等	資料番号
	番		m ²	坪		
	番		m ²	坪		

不動産（建物、マンションなど）

所在	地番	地目	地積 (m ²)		現況・使用状況等	資料番号
	番		m ²	坪		
	番		m ²	坪		

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：

財産目録

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：

財産目録

定期的な収入

種別	支払者の氏名・名称	金額（円）	保管方法等（振込金融機関など）	資料番号
障害年金		年・月		
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
	<input type="checkbox"/> 黒字	<input type="checkbox"/> 赤字

記入した日：

年 月 日

記入した人：

追-L-3