

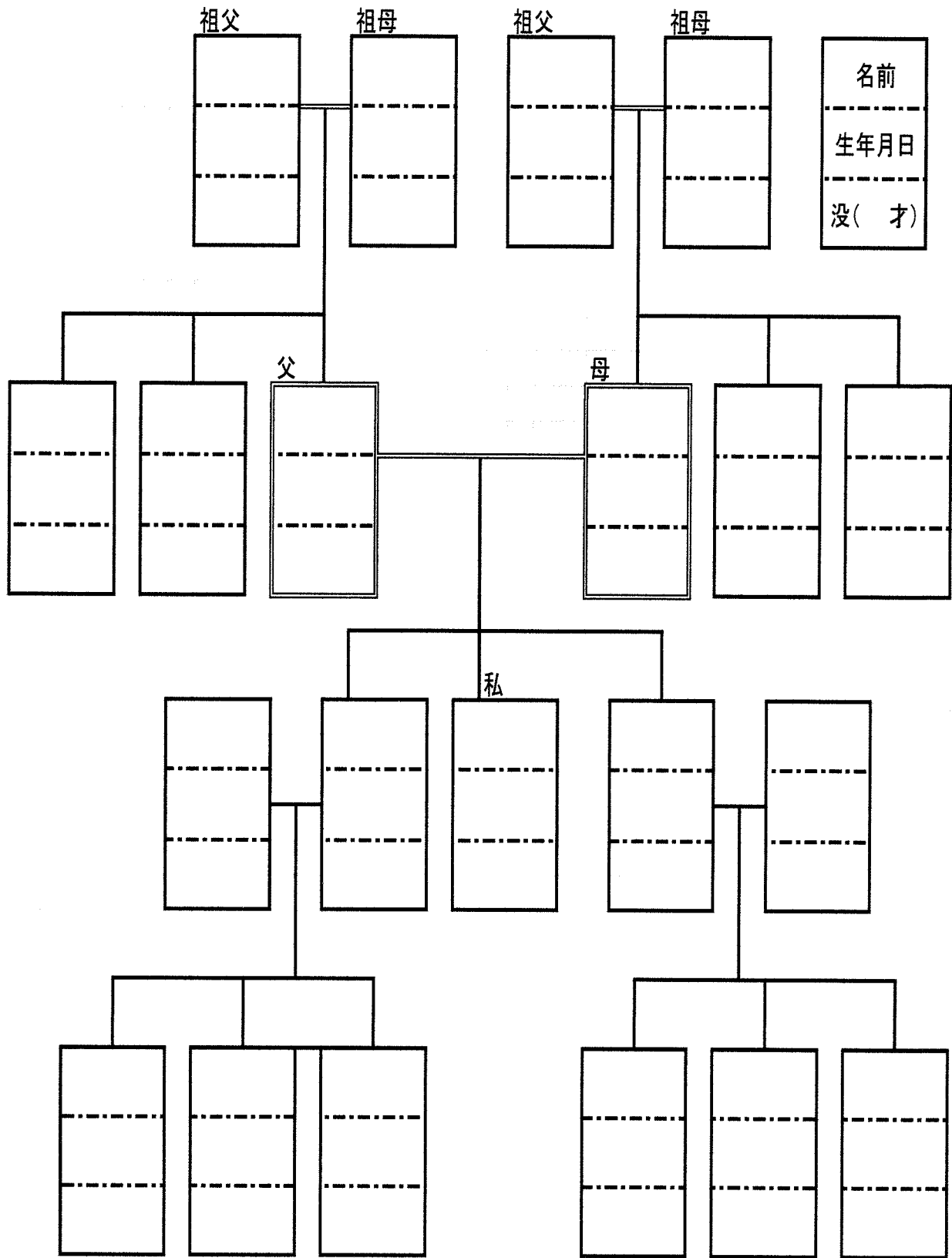
## 1.①本人( )のプロフィール

名前	ふりがな	性別	生年月日	血液型
		男・女	年 月 日	型 RH( )
現住所・電話番号	[本人が住んでいるところ] (自宅・グループホーム・入所施設・その他) 〒		援護の実施者 (市町村)	
	電話番号	携帯電話		
	[保護者・親権者] 〒		愛称	
	電話番号:	携帯電話		

## 1.② 緊急連絡先 (兄弟・親戚・その他 本人をよく知っている人)

緊急 ①	氏名		本人との関係	
	住所			
	電話番号		携帯電話	
緊急 ②	氏名		本人との関係	
	住所			
	電話番号		携帯電話	
緊急 ③	氏名		本人との関係	
	住所			
	電話番号		携帯電話	
緊急 ④	氏名		本人との関係	
	住所			
	電話番号		携帯電話	
緊急 ⑤	氏名		本人との関係	
	住所			
	電話番号		携帯電話	

1. ③ 本人( )の家族・親戚



## 2. ①本人をとりまく機関

## 2. 本人の連絡先

① 通学先(学校名)

⑨ 日中活動事業所・就労先

② 相談支援事業所

⑩ 病院 リハビリ施設等

③ 短期入所事業所

わたし

⑪ 歯科

④ 居宅介護 重度訪問介護事業所

住まい  
家族と同居  
グループホーム  
入所施設  
その他

⑫ 薬局

⑤ 移動支援事業所  
地域活動支援センター

⑬ 訪問看護事業所

⑥ 余暇活動 社会参加

⑭ 民生委員

⑧ 役所 児童相談所

⑦ 成年後見人 友人や親戚等

⑮ 介護タクシー事業所

## 2. ②-1連絡先一覧（専門職・施設・医療等）

◎緊急時に必ず役に立つので、記入するようにしましょう。

1 通学先	名称	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
2 相談支援事業所	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
3 短期入所事業所	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
3 短期入所事業所	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
4 居宅介護等事業所	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
5 移動支援事業所等	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考

## 2. ②-2連絡先一覧（専門職・施設・医療等）

◎緊急時に必ず役に立つので、記入するようにしましょう。

5 移動支援事業所等	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
6 余暇活動社会参加	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
6 余暇活動社会参加	事業所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
8 役所	役所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
8 児童相談所	相談所名	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
9 日中活動事業所・就労先	会社名・事業所名	事業種別
	住所（〒 - ）	
	電話	備考

## 2. ②-3連絡先一覧（専門職・施設・医療等）

9 日中活動 事業所・ 就労先	会社名・事業所名	事業種別
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
9 日中活動 事業所・ 就労先	会社名・事業所名	事業種別
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
10 病院	病院名	医師名 [ 科]
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
10 病院	病院名	医師名 [ 科]
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
11 歯科	病院名	医師名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
11 歯科	病院名	医師名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考

## 2. ②-4連絡先一覧（専門職・施設・医療等）

12 薬局	薬局名	薬剤師名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
12 薬局	薬局名	薬剤師名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
13 訪問看護事業所	事業所	担当者名
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
14 民生委員	氏名	
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
14 民生委員	氏名	
	住所（〒 - ）	
	電話	備考
15 介護タクシー事業所	事業所名	
	住所（〒 - ）	
	電話	備考

## 2. ②-5連絡先一覧（成年後見人）

7 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見監督人 ・弁護士等 ・信託銀行 <input type="checkbox"/> 後見人等をお願いしたい人	氏名		続柄 職業	
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
	備考			
7 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見監督人 ・弁護士等 ・信託銀行 <input type="checkbox"/> 後見人等をお願いしたい人	氏名		続柄 職業	
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
	備考			
7 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見監督人 ・弁護士等 ・信託銀行 <input type="checkbox"/> 後見人等をお願いしたい人	氏名		続柄 職業	
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
	備考			
7 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見監督人 ・弁護士等 ・信託銀行 <input type="checkbox"/> 後見人等をお願いしたい人	氏名		続柄 職業	
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
	備考			



## 2. ②-6 連絡先一覧（友人や親戚等）

①	氏名		本人との 関係	
	住所	〒		
	電話番号		携帯 電話	
②	氏名		本人との 関係	
	住所	〒		
	電話番号		携帯 電話	
③	氏名		本人との 関係	
	住所	〒		
	電話番号		携帯 電話	
④	氏名		本人との 関係	
	住所	〒		
	電話番号		携帯 電話	
⑤	氏名		本人との 関係	
	住所	〒		
	電話番号		携帯 電話	

3. ① 現在までの生活暦

3. 本人の暮らしぶり

通園・通学・通所・会社	大きな出来事	特記すべき健康状況・その他
誕生0歳		
出生場所 病院名		
診断名		
就学前(3歳～5歳)		
小学校(6歳～12歳)		

3. 本人の暮らしぶり

通園・通学・通所・会社	大きな出来事	特記すべき健康状況・その他
<b>中学校(13歳～15歳)</b>		
<b>高等学校(16歳～18歳)</b>		





## 3. ② 一年の過ごし方

わが家の年中行事	その他
4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	
1月	
2月	
3月	
そのほか	

## 3. ③ 1週間の過ごし方

	午前	午後	帰宅後または夕方以降
月			
火			
水			
木			
金			
土			
日			

## 3. ④ 一日の過ごし方

	平日	土曜日	日曜日・祝日
午前6時			
8時			
10時			
午後12時			
2時			
4時			
6時			
8時			
10時			
12時			
特記事項			

3. ⑤ 好きなこと / 得意なこと

3. 本人の暮らしぶり

余暇の過ごし方	
・好きなこと ・得意なこと ・遊び	
好きなタレント	
好きなテレビ	
好きな音楽	
特記事項	

3. ⑥ 嫌いなこと / 苦手なこと

嫌いなこと 苦手なこと	
特記事項	



## 3. ⑦ これからの暮らしプラン

現在の状況		これからの見通し
住む	入所 1人暮らし GH 在宅 など	[本人の思い]
		[親の思い]
働く 生きがい 作り	学校 日中活動 就業先 など	[本人の思い]
		[親の思い]
余暇 社会参加	放課後 就業後 休日 など	[本人の思い]
		[親の思い]
所得保障	手当 年金 賃金 など	[本人の思い]
		[親の思い]
権利保障	成年後見 権利擁護 など	[本人の思い]
		[親の思い]
医療保障	訪問看護 医療機関との連携 など	[本人の思い]
		[親の思い]
相談支援	生活支援 緊急時支援	[本人の思い]
		[親の思い]
生活	ホームヘルプ ボランティア 自立生活訓練等	[本人の思い]
		[親の思い]
緊急時支援	ショートステイ レスパイトサービス など	[本人の思い]
		[親の思い]

## 4. ① コミュニケーションのとり方

意思の伝達方法 ○をつけてください。	
ことば    ジェスチャー    絵カード    トーキングエイド    その他(                      )	
本人独自の表現方法	
記憶、理解	

## 4. ② 移動時の行動特性

移動の手段	独歩    /    車椅子    /    杖    /    その他
移動時	
乗物時	
買物時	
その他	

## 4. ③ 興奮・パニックの原因やきっかけ (自傷 他傷 はいかい等)

パニックの様子	
原因・きっかけ	
かかわり方	
不安を軽減するもの	

## 4. ④ けいれん(てんかん)発作への対応方法

てんかん発作	あり                      /                      なし
頻度	
発作の種類・状態	
対応方法・服薬	

## 4. ⑤ 食事について

好きな食べ物		
嫌いな食べ物		
食べてはいけないもの アレルギーなど		
食事	食事	できる / 見守り / 一部介助 / 全介助
	使用するもの	箸 / スプーン / フォーク / ハサミ / エプロン / その他( )
	形状	普通食 / きざみ食 / ミキサー食 / 流動食 / とろみ剤
	摂取方法	胃ろう / 鼻腔栄養 / 口 / 経管栄養 /
飲水	飲水	できる / 見守り / 一部介助 / 全介助
	使用するもの	ストロー / コップ
その他	食事量 水分量等 について	食べ過ぎ飲みすぎに気をつけることができるか？

## 4. ⑥ 間食（おやつ等）について（目安となる量）

好きなもの	
嫌いなもの	
食べてはいけないもの アレルギーなど	
その他、注意すること	

4. ⑦ 生活面・衛生面について

5. 本人の身の回りのこと

生活面	必要な支援の内容
整理整頓・ゴミ出し	
衣類の着脱	
衣類の衣替え	
衣類の選択	
衣類の調節	
調理	
買い物	
睡眠	
電話	
日にち 時間の理解	
金銭管理	
その他	
衛生面	様 子
洗髪・洗顔	
歯みがき	自立 介助(全 半) 仕上げ磨き(要 不要) 歯ブラシ 電動歯ブラシ
整髪・ひげそり	
入浴	
爪切	

耳掃除	
洗濯・干す・畳む	
掃除	
排泄 ㊦	
排泄 ㊧	
化粧(女性の場合)	
月経の手当(周期・日数・生理痛)	
その他	
行動面	
接し方での注意点	光への過敏 音への過敏
異食	
よみかき	
こだわり	収集癖
金銭感覚	
困っている時	

5. ① 現在のかかりつけの病院

5. 医療について

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

## 5. ② 受診について

(診察 検査 処置時における注意点、待合室での過ごし方)

待合室	
診察室	
検査(胃カメラ・ 脳波・CT)	
注射	
点滴	
親の思い	

## 5. ③ 持病・体質・生活習慣病など

	病名	症状	気を付けること
1			
2			
3			
4			

## 5. ④ 両親の既往歴 \* 万が一の時、貴重な医療情報となり、本人の診療に役立つ場合があります。

父親	
母親	

## 5. ⑤ 過去の入院歴

病名	病院	期間(うち入院期間)	備考

## 5. ⑥ 緊急入院時の対応

(入院手続、手術などの承諾、付き添い、多額な出費があったとき等の対応について)


## 5. ⑦ 予防接種の状況

	接種の有無	接種年月日	予防接種名	接種の有無	接種年月日
ツベルクリン			水疱(みずぼうそう)		
BCG			二種混合		
ポリオ			三種混合		
日本脳炎			インフルエンザの予防接種について		
はしか			<input type="checkbox"/> 毎年接種している <input type="checkbox"/> 流行の状況により接種している <input type="checkbox"/> 接種していない <input type="checkbox"/> その他( )		
おたふく風邪					
風疹					



## 5. ⑧現在の服薬について

薬の名前	用法 (朝・昼・夕・寝る 前・食間)頓服	服薬量	薬の効果・ 効能	処方している薬局名	薬局名
飲ませてはいけない薬 (副作用)禁忌薬					
飲ませ 方	錠剤				
	粉薬				
	水薬				
服薬の 理解	管理				
	飲み忘れ				
	指示通りの量 が飲めない				
その他の注意点					
おくすり手帳		有・無	保管場所		
薬の説明書等		有・無	保管場所		
かかりつけ薬局		①			
		②			

## 5. ⑨ 使用している装具・機器など

品名	購入先(メーカー)	取得年月日
車椅子		
トーキングエイド		
めがね		
補聴器		
補装具		
頭部保護帽		
訓練用スプーン		
本人用コップ		
歩行器		
杖		
ポータブルトイレ		
しびん		
入れ歯		
座椅子手摺付		

## 6. ① 手帳

6. 本人が利用する制度やお金

### ◇療育手帳

発行先	手帳番号	障害等級	交付年月日
療育手帳			
有効期間	特記事項		
年			

### ◇身体障害者手帳

発行先	手帳番号	障害等級	交付年月日
有効期間	特記事項		
年			

### ◇精神保健福祉手帳

発行先	手帳番号	障害等級	交付年月日
有効期間	特記事項		
年			

### ◇難病

発行先	手帳番号	障害等級	交付年月日
有効期間	特記事項		
年			

### ◇介護保険手帳

発行先	手帳番号	障害等級	交付年月日
有効期間	特記事項		
年			

## 6. ② 福祉制度など

## 障害福祉サービス受給者証

支給市町村名	受給者番号		障害種別(番号)
障害支援区分	有効期間	特記事項	
区分	年		

	受給者証番号	障害支援区分	有効期限	
地域生活支援事業受給者証				
障害支援区分認定				

## 6. ③ 年金・手当など

利用の有無	名称	番号・コード	程度	受給額(月額)	振込金融機関	窓口	有効期間
更新の有無							更新月
有・無	障害基礎年金						年
有・無							月
有・無	障害児福祉手当						年
有・無							月
有・無	特別障害者手当						年
有・無							月
有・無	特別児童扶養手当						年
有・無							月
有・無	障害厚生年金						年
有・無							月
有・無	心身障害者扶養共済給付金						年
有・無							月
有・無	生命保険						年
有・無							月

## 6. ④ 健康保険・医療証など（専門職・施設等）

◎緊急時に必ず役に立つので、記入するようにしましょう。

名称	発行先	記号	番号 (公費負担者番号) (公費受給者番号)	保険料の 支払方法	窓口	有効期間 更新月
健康保険証						年 月
重度障害者/ 障害者医療証						年 月
特定疾患医療 受給者証						年 月
自立支援/ 精神通院 医療受給者証						年 月
介護保険証						年 月
その他 障害保険						年 月
生命保険						年 月

## 6. ⑤ 自動車関係の優遇措置

	対象車輛	有効期限
自動車税 自動車取得税免除		
駐車禁止除外指定車標章		
有料道路通行料金割引		

## 6. ⑥ その他

	番号	有効期限
マイナンバー	*****	*****
パスポート		
運転免許（本人）		

## 6. ⑦ 本人の財産(不動産)

名義人	所在地	利用状況	書類保管場所
特記事項			

## 6. ⑧ 本人の財産(預貯金、債権、株式等)

名義人	機関名(銀行・会社名等)	種別・数量	書類保管場所
		カード(有・無)	
		カード(有・無)	
		カード(有・無)	
		カード(有・無)	
		カード(有・無)	
		カード(有・無)	
特記事項			

6. 本人が利用する制度やお金

6. ⑨ 本人の生活費について(月単位)

収入			支出		
科目	金額	備考	科目	金額	備考
障害基礎年金	円		福祉サービス 利用料	円	
給料	円		税金・健康保険 料など	円	
その他	円		生活費 (家賃・食費など)	円	
	円		医療費	円	
	円		こづかい	円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
合計	円		合計	円	

金銭管理で気をつけること、担当者など

---



---

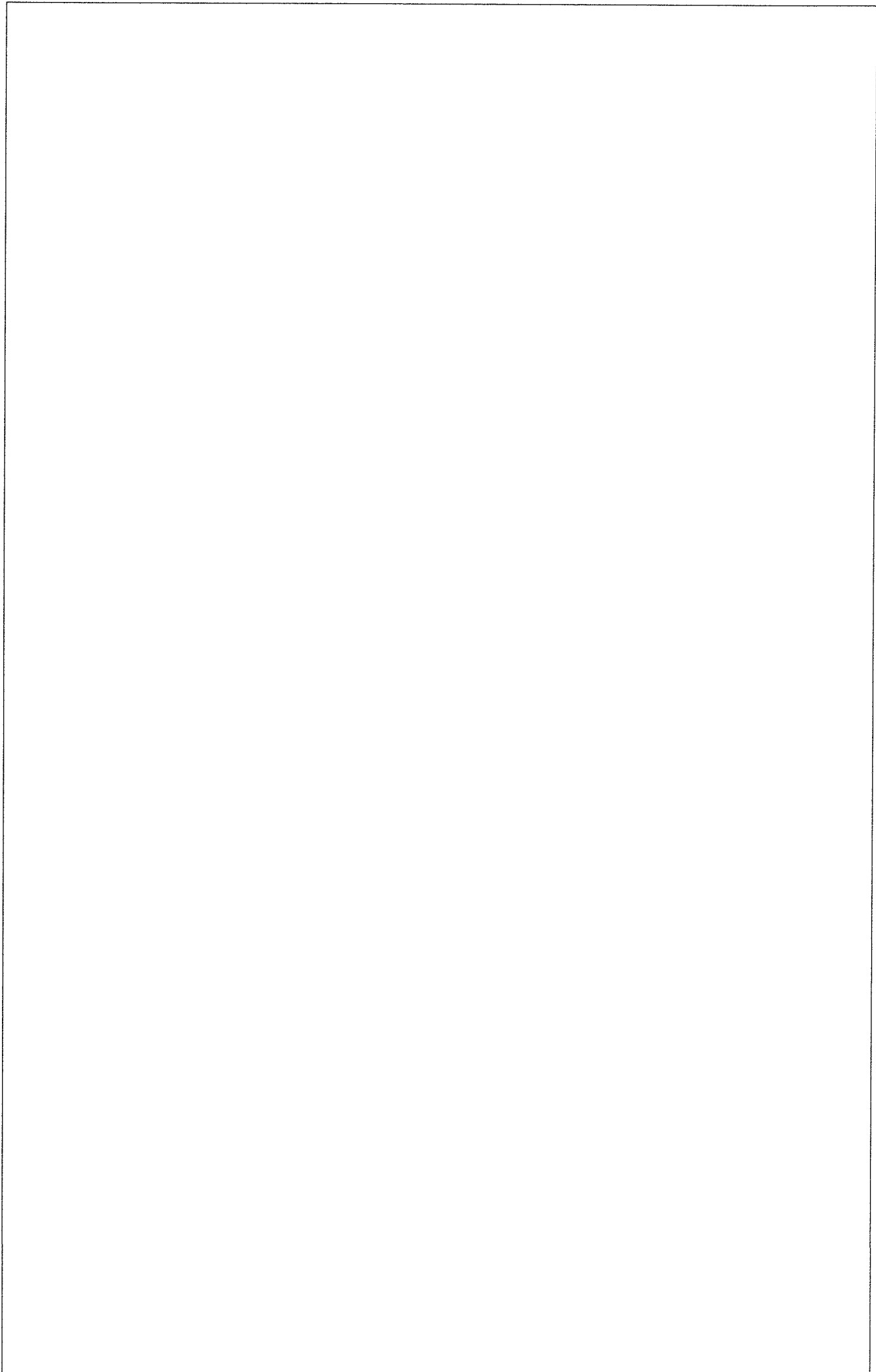
○本人のお気に入りの写真

付録

【最近のお気に入りの写真】

【写真でたどる本人史】





もしも私(名前) (続柄) に……………があった時

○相談してほしい人

○病気の時

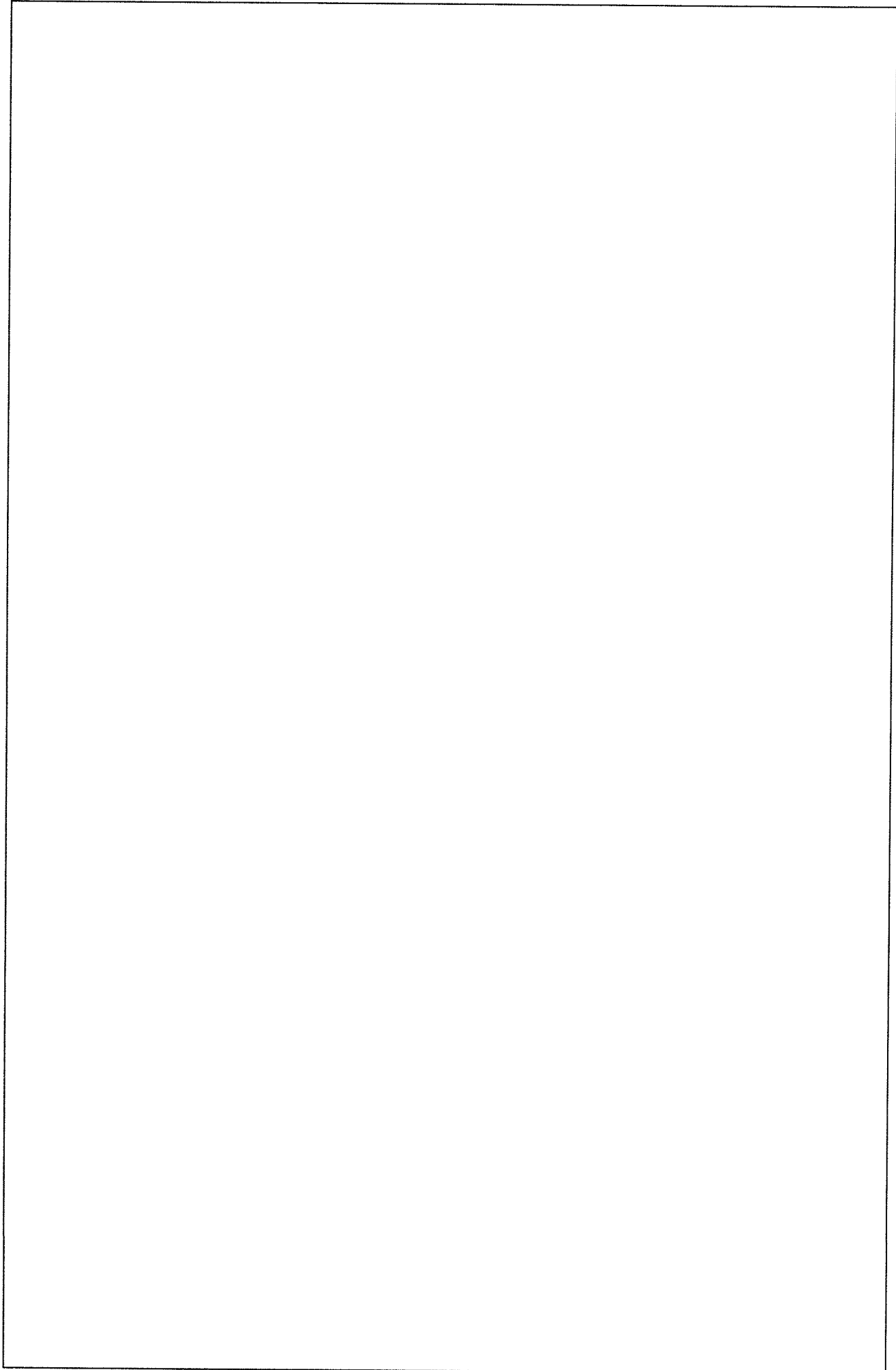
同意者

保証人

○延命治療は？

○親(名前

)のお気に入りの写真



記入年月日( 年 月 日)

更新年月日( 年 月 日)