目　次

基本情報・・・・・・・・・・・・・　2

医療情報（1）感染症等既往歴・体質等・・・　4

医療情報（2）かかりつけ医療機関・薬・・・　6

医療情報（3）特別な医療や処置・・・・・１０

生育歴　・・・・・・・・・・・・・１４

所属歴　（1）児童期・・・・・・・・１６

所属歴　（2）成人期・・・・・・・・１８

相談歴等・・・・・・・・・・・・・１９

日常生活状況・・・・・・・・・・・ 20

サポートマップ・・・・・・・・・・　23

**基本情報**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日（　　　　年　　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** | **性別**女　　・　　男 |
| **氏　名** | **愛称**　　　　 |
| **生年月日**　　　　年　　　月　　　日　　　　　　 | **血液型**（　　　年　　月　　日検査）Ａ・b・Ｏ・ＡＢ（Ｒｈ＋･－） |
| **住所** | 〒℡(　　　)　　　　　　　　　 |
| **連絡****順位** | **家族氏名** | **続柄** | **生年月日** | **電話番号** |
|  |  |  | 　　　　 |  |
|  |  |  | 　　　 |  |
|  |  |  | 　　　　 |  |

**その他の緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **続柄** | **連絡先** |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |

**支援対象者にとって一番大切な事と思われる情報**

**（命に関わること、一番気をつけること、アレルギーP4、禁忌薬P9　に記入箇所有）**

|  |
| --- |
|  |

**持っている手帳など**

|  |  |
| --- | --- |
| **身体障害者手帳** | なし・あり　（　　　　 種　　　 　級）障害又は疾患名　　　　　　　　 　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　番号　　　　　　　　　　年　　　月　　　日交付 |
| **療育手帳** | なし・あり　（　　・Ａ・　　・Ｂ）診断名　　　（　　　　　　　　　　　）年　　　月　　　日交付　　　更新情報等　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| **精神障害者保健福祉手帳** | なし・あり　（　　　　　　　　　　級）診断名　　　（　　　　　　　　　　　）年　　　月　　　日交付 |

|  |
| --- |
| **健康保険証記号番号** |
| 国保・健保（政・組）・その他（　　　　　　　　　　　　　　）記号　　　　　　　　番号 |
| **乳幼児等医療費受給者証** |
| 公費負担者番号 |  |
| 受給者番号 |  |
| **重度心身障害者医療費受給者証** |
| 公費負担者番号 |  |
| 受給者番号 |  |
| **自立支援医療費受給者証** |
| 公費負担者番号 |  |
| 受給者番号 |  |
| **難病医療費受給者証** |
| 受給者証 | 指定難病　　・　　小児慢性特定疾病 |
| 受給者番号 |  |
| 病名 |  |

**医療情報（１）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日（　　　年　　　月　　日）

**今までにかかった病気〔感染症等〕**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | **予防接種** | **かかった時期** |
| 麻しん（はしか） | 済　・　未 | 年　　月　　日　　歳頃 |
| 風しん（三日はしか） | 済　・　未 | 　　年　　月　　日　　歳頃 |
| 水痘（水ぼうそう） | 済　・　未 | 　年　　月　　日　　歳頃 |
| おたふくかぜ | 済　・　未 | 　年　　月　　日　　歳頃 |
| 結核 | BCG済　・　未 | 　年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 　年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 　年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 年　　月　　日　　歳頃 |

**アレルギー・体質等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **アレルギー** | **食物アレルギー** | なし　　・　　あり（原因：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **薬　アレルギー** | なし　　・　　あり（原因：　　　　　　　　　　　　　　　） |

**インフルエンザ　　予防接種**

※インフルエンザの予防接種をした年月日を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**医療的な管理が必要なもの**　**→**　**医療情報（3）へ**

|  |
| --- |
| 呼吸器・胃ろう・尿道カテーテル・吸引・酸素ボンベ使用その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**どのような体質ですか（○をしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | かぜをひきやすい |
|  | 下痢をしやすい |
|  | 便秘しやすい |
|  | よく吐く |
|  | かぶれやすい（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 関節がぬけやすい（部位：肘　肩　その他　　　）左・右 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |

　　医療情報（２）

**かかりつけの医療機関**記入年月日（　　　年　月　日）

**（ひきつけ、心臓病、ぜんそく、アレルギー、てんかん、骨折など）**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名・特に緊急対応度のたかいものから記入してください。** | **病名**診療科　　　　　　科　　　主治医　　【TEL】　（　　　　）　　　－　　症状対応 |
| **病名**診療科　　　　　　科　　主治医　　　　　　　　　　　【TEL】　（　　　　）　　　－　　　　　　　　症状対応 |
| **病名**診療科　　　　　　科　　主治医　　　　　　　　　　　**【**TEL】　（　　　　）　　　－　　　　　　　　症状対応 |
| **病名**診療科　　　　　　科　　主治医　　　　　　　　　　　【TEL】　（　　　　）　　　－　　　　　　　　症状対応 |
| 　　　　　　　　　　　**前頁から続き** |
| **医療機関名・特に緊急対応度のたかいものから記入ください。** | **病名**診療科　　　　　　科　　主治医【TEL】　（　　　）　　　－　　　　　　　症状対応 |
| **病名**診療科　　　　　　科　　主治医【TEL】　（　　　）　　　－　　　　　　　症状対応 |
| **病名**診療科　　　　　　科　　　主治医【TEL】　（　　　）　　　　－　　　　　　　症状対応 |
| **病名**診療科　　　　　　科　　　主治医【TEL】　（　　　）　　　　－　　　　　　　症状対応 |

**※症状･対応欄に各医療機関の役割等も含めて記載してください。**

**受診の際に気をつけてほしいこと**

|  |
| --- |
| **病院内での主な様子** |
| 待合室 | ※待合室で安心して過ごせる情報・注意点など記入 |
| 診察室 |  |
| 注射 |  |
| **＊本人への治療方法の伝え方** |
|  |
| **＊その他注意してほしいこと** |
|  |
|
|

**＊緊急で短期入所を利用した際、医療機関の受診が必要になった場合等の注意事項と捉えて記入してください。**

**禁忌薬（飲んではいけない薬）**

|  |  |
| --- | --- |
| **薬名** | 　 |
| **どんな薬** |  |

**常用薬**

|  |  |
| --- | --- |
| **薬名** | **何の薬（処方目的、副作用等）** |
| 服薬時間　 | 形状　 |
| 飲み方 |
| **薬名** | **何の薬（処方目的、副作用等）** |
| 服薬時間　 | 形状　 |
| 飲み方　　　 |
| **薬名** | **何の薬（処方目的、副作用等）** |
| 服薬時間　 | 形状　 |
| 飲み方 |
| **薬名** | **何の薬（処方目的、副作用等）** |
| 服薬時間 | 形状 |
| 飲み方 |

**※この欄には家族以外が服薬介助する場合を想定してご記入下さい。**

**薬の情報についてはお薬手帳等を活用下さい。**

**医療情報（3）**

　　　　　　　　記入年月日（　　　年　　　月　　　日）

**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）

**処置や対応の内容（○をしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 酸素療法 |
|  | 人工呼吸器 |
|  | 気管切開の処置 |
|  | 中心静脈栄養 |
|  | 吸引処置（　　　回/日　一時的・継続的） |
|  | 点滴の管理 |
|  | 透析　 |
|  | 経管栄養（胃ろう） |
|  | 導尿　　 |
|  | 人工肛門の位置 |
|  | 膀胱留置カテーテル（コンドーム型・その他　　　　　　　　） |
|  | 疼痛の看護 |
|  | 褥創（床ずれ） |
|  | 体位交換 |
|  | モニター測定（酸素飽和度　血圧　心拍） |
|  | **安全な処置のための注意事項** |
|

**体温**

|  |  |
| --- | --- |
| 平熱　　　　　　　　　℃ | 発熱時の対応・留意点　 |
| 体温調節　（得意・不得意） |

**酸素　（　あり　・　なし　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用時間　24時間　夜間のみ　状態によって | 必要量 | 留意点 |

**人工呼吸器　（　あり　・　なし　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用時間　　24時間　　夜間のみ　　状態によって | 留意点 |
| トラブル時連絡先メーカー　　メーカー名　　　　　　　　　ＴＥＬ |

**気管切開　（　あり　・　なし　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　年　　月施行 | カニューレ交換について・留意点突発的な抜去時の対応 |
| 喉頭分離　　　あり　・　なし　　　　　　　年　　月施行 |
| 気管内狭窄　　あり　・　なし |
| 気管内出血　　あり　・　なし |

**吸引**

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔　あり　・　なし　　　Fr　　　㎝ | 留意点 |
| 鼻腔　あり　・　なし　　　Fr　　　㎝ | 留意点 |
| 気切　あり　・　なし　　　Fr　　　㎝ | 留意点 |

**吸入　（　あり　・　なし　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1日　　回 | 留意点 |
| 薬品 |

**モニター管理　（　あり　・　なし　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用時間　24時間　夜間のみ　状態によって | 規定値　SpＯ2　パルス | 留意点 |

|  |
| --- |
| **○安全な処置や対応のための留意事項**（上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。） |

|  |
| --- |
| **その他** |
|  |

**生育歴**

　記入年月日（　　　年　　　月　　　日）

**産まれる前から３歳までの状況**

|  |
| --- |
| **出産前** |
| ・妊娠中、特に気になることはありましたか？（具体的に） |
| **出産時** |
| ●**出産予定日**（　　　年　　月　　　日）　　出産日　（　　　　年　　　月　　　日）　（　　　　週）●**赤ちゃんの体重**（　　　　ｇ）　・身長（　　　　cm）　胸囲（　　　　cm）　・頭囲（　　　　cm）●**分娩の経過は？**頭位・骨盤位・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）●その他　◆仮死状態：なし・あり　◆アプガール得点：（　　点）　　分後（　　点）　　　　◆ＡＢＲ（新生児聴覚検査）：パス・要再検　◆そのほか（　　　　　　　） |
| **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（　　　　　　　　　　　　　） |
| **乳児健診** | 受けていない　　　・　　受けた（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **１歳半****健診** | 受けていない　　　・　　受けた（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **３歳児健診** | 受けていない　　　・　　受けた　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **発達状況** |
| ●**乳の飲み方は？**　普通・弱かった・その他（具体的に　　　　　　　　　　）●**運動発達**：首のすわり（　ヶ月）、寝返り（　　ヶ月）、お座り（　ヶ月）はいはい（　ヶ月）、ひとり歩き（　歳　　ヶ月）●**聞こえについて気になることがありましたか？**　はい（　　　ヶ月の頃）　・いいえ●**あやすと笑いましたか？**　　　　　　はい（　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ●**視線の合わせ方はどうでしたか？**　　　　　よく合った　・　合うこともある　・　合いにくかった●**人見知りをしましたか？**　　　　　　はい（　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ●**親の後追いをしましたか？**　　　はい（　　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ●**指さしをしましたか？**　　　　　　　はい（　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ●**初めて言葉（ワンワン、ブーブー　など）を言ったのは？**　　　　　　　　　　歳　　　ヶ月頃（言った言葉　　　　　　　　　）●**２つ以上言葉を続けて言った（「ワンワン行った」）のは？**　　　　　歳　　　ヶ月頃（言った言葉　　　　　　　　　）●**育児で気になったことはありますか？**（あれば○をつけてください）　　落ち着きがない・おとなしい・寝てばかりいた・あまり寝ない・よく動きまわる・かんしゃく・気持ちの切りかえができない・病気がちだったその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）●**好きなものは何ですか？**　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）●**よくする遊びは何ですか？**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **３歳までにかかった大きな病気やケガ** |
| ●**ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病　など****その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**所属歴（１）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日（　　　年　　　月　　　日）

**通園施設、幼稚園、保育所、児童デイサービス事業所**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名（所属名）** | **担任等** |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間（　　歳～　　歳）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 　　組 |  |
| 組 |  |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間（　　歳～　　歳）　　　　　年　　月～　　　　年　　月　　　 | 　　組 |  |
| 組 |  |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間（　　　　　歳～　　　　歳）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 組 |  |
| 組 |  |
| 【℡】（　　　）　　－所属期間（　　　　　歳～　　　　歳）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 組 |  |
| 組 |  |
| 【℡】（　　　）　　－所属期間（　　　　　歳～　　　　歳）　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 組 |  |
| 組 |  |

**小学校、特別支援学校**　　　　　特別支援学級在籍　　　　有　・　無

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名等（所属名）** | **担任等** |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　　　年　　月～　　　　年　　月 | １年生 |  |
| ２年生 |  |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　年　　月～　　　　年　　月 | ３年生 |  |
| ４年生 |  |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　　年　　月～　　　　年　　月 | ５年生 |  |
| ６年生 |  |

**中学校、特別支援学校**　　　　　特別支援学級在籍　　　有　・　無

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名等（所属名）** | **担任等** |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　　年　　月～　　　　年　　月 | １年生 |  |
| ２年生 |  |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　　年　　月～　　年　　月 |
| ３年生 |  |

**高等学校、特別支援学校等**　　　特別支援学級在籍　　　有　・　無

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名等（所属名）** | **担任等** |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　　年　　月～　　　　年　　月 | １年生 |  |
| ２年生 |  |
| 【℡】（　　　　）　　　－所属期間　　年　　月～　　　　年　　月 |
| ３年生 |  |

**所属歴（２）**

**成人期**　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日（　　　年　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** | **住所** |
| 利用サービス名利用期間年　　月～　　年　　月 | 【℡】（　　　　）　　　－担当者　 |
| 　　利用サービス名　　　　利用期間年　　月～　　年　　月 | 【℡】（　　　　）　　　－担当者 |
| 　　利用サービス名　　　　利用期間年　　月～　　年　　月 | 【℡】（　　　　）　　　－担当者 |
| 利用サービス名利用期間年　　月～　　年　　月 | 【℡】（　　　　）　　　－担当者　 |
| 利用サービス名利用期間年　　月～　　年　　月 | 【℡】（　　　　）　　　－担当者 |

**相談歴等**

**相談・検査・訓練等記録**　　　　　　記入年月日（　　　　年　　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **相談等年月日** | **機関名等**（保健センター・病院・療育センター・児童相談所等） |
| 年　　月　　日 | 機関名：担当者：【℡】（　　　　）　　　－　　　　 |
| 内容等　　　　　　　　　　　　　 |
| 年　　月　　日 | 機関名：　担当者：　【℡】（　　　　）　　　－　　　　 |
| 内容等　　　　　　　　　　　　 |
| 年　　月　　日 | 機関名：担当者：【℡】（　　　　）　　　－　　　　 |
| 内容等 |
| 年　　月　　日 | 機関名：担当者：【℡】（　　　　）　　　－　　　　 |
| 内容等 |
| 年　　月　　日 | 機関名：担当者：【℡】（　　　　）　　　－　　　　 |
| 内容等 |

**日常生活状況**

記入年月日（　　　年　　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 本人の様子 | 必要な支援・留意点 |
| 姿勢 |  |  |
| 就寝時 |  |
| 活動時 |  |
| 睡眠 | ねつき目覚め寝る時間 |  |
| 移乗 |  |  |
| 排尿 |  |  |
| 排便 |  |  |
|  | 本人の様子 | 必要な支援・留意点 |
| 更衣 |  |  |
| 入浴 |  |  |
| 歯みがき |  |  |
| 洗面 |  |  |
| 食事 |  |  |
| 水分 | 経口・経管・併用・IVH　 |  |
| 備考 | 経口 | 食事形態　 | 経管 | 1日　　　回：量　　　㏄1回あたりの時間PHGの交換 |
| 食事時間 |
| 食欲不振時の対応 |
|  | 本人の様子 | 必要な支援・留意点 |
| 移動 |  |  |
| 外出 |  |  |
| 余暇 |  |  |
| コミュニケーション | 意思の伝達・表現 |  |  |
| 他者からの意思伝達の理解 |  |  |
| 好きなこと |  |
| 嫌いなこと |  |

わたし（ぼく）のサポートマップ

　記入年月日（　　　年　　月　　日）

**相談機関・療育機関**

**行政機関**

**(ハローワークなど)**

**日中活動の場**

**利用している**

**福祉事業所**

**医療機関等**

**家　族**

**わたし**

**（ぼく）**

**成年後見人など**

**わたしの（ぼくの）**

**住んでいる地域**

**（民生委員など）**

**わたしの楽しみなこと**

**（余暇活動等）**

※わたしの（ぼくの）

まわりにある支援を

書き込んでみましょう。

　　　　　　　　　　　　－　MEMO　－

　　　　　　　　　　　　　　－　MEMO　－