

プロフィールブック

目次

わたし（ぼく）のサポートマップ 記入例・・・ 記入例	プロフィール	1
わたし（ぼく）のサポートマップ	プロフィール	1
命を守る「基本事項」のページについて		
基本事項 記入例	記入例	プロフィール 2
基本事項		プロフィール 2
家系図 記入例	記入例	プロフィール 3
家系図		プロフィール 3
医療情報（1）保険証・受給者証など		プロフィール 4
医療情報（2）かかりつけの医療機関		プロフィール 5
医療情報（3）常用薬・その他薬の記録		プロフィール 6
医療情報（4）大きな病気・ケガなど		プロフィール 7
医療情報（5）予防接種の記録		プロフィール 8
医療情報（6）定期通院・健診の記録		プロフィール 9
医療情報（7）入院の記録		プロフィール 10
医療情報（8）医療的ケア【要約版】		プロフィール 11
医療情報（9）補装具等		プロフィール 12
医療サポート（1）情報シート		プロフィール 13
医療サポート（2）コミュニケーションシート		プロフィール 14
歯科医療サポート（1）情報シート 記入例・・・ 記入例		プロフィール 15
歯科医療サポート（1）情報シート		プロフィール 15
歯科医療サポート（2）コミュニケーションシート		プロフィール 16
福祉支援（1）手帳・福祉支援の情報		プロフィール 17
福祉支援（2）福祉サービス（通っているところ）		プロフィール 18
生育歴 生まれる前から3歳までの状況		プロフィール 19
所属歴（1）園、学校の所属歴		プロフィール 20
所属歴（2）住まいの場、働く場		プロフィール 21
訓練・検査・その他の記録		プロフィール 22
障害基礎年金について		
病歴・就労状況等申立書の下書きのページ		プロフィール 23



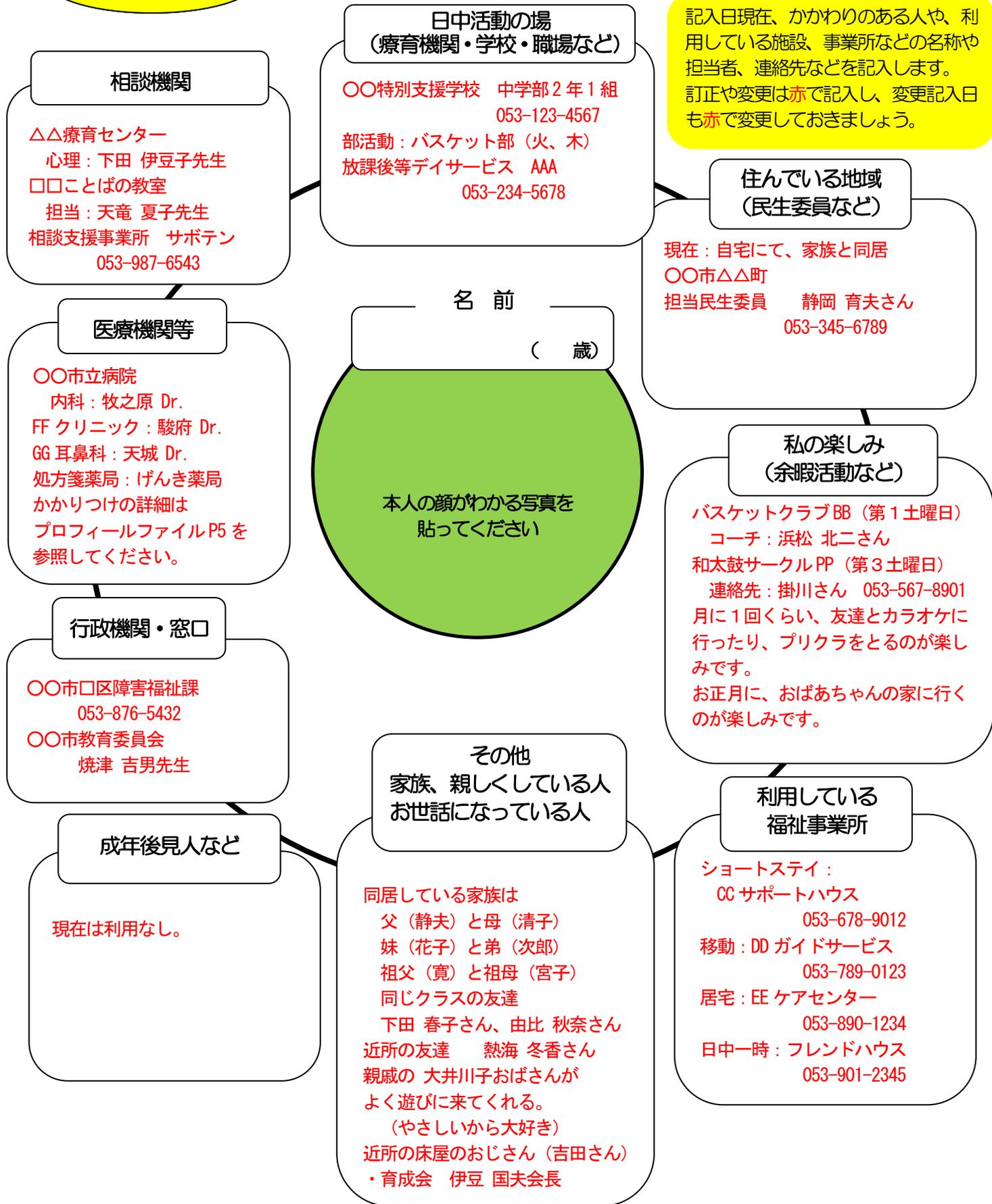
名前： _____

わたし（ぼく）のサポートマップ

記入日（ 年 月 日）

記入例

記入日現在、かわりのある人や、利用している施設、事業所などの名称や担当者、連絡先などを記入します。訂正や変更は赤で記入し、変更記入日も赤で変更しておきましょう。



※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。

わたし（ぼく）のサポートマップ

記入日（ 年 月 日）

The diagram is a support map centered around a green circle. The central circle contains the text: "本人の顔がわかる写真を貼ってください。" (Please paste a photo of your face that is recognizable). Above the circle is a box for the name: "名前 (歳)".

Surrounding the center are several categories, each with a box for notes:

- 相談機関** (Consultation organization)
- 医療機関等** (Medical institutions, etc.)
- 行政機関・窓口** (Administrative organizations, counters)
- 成年後見人など** (Adult guardian, etc.)
- 日中活動の場 (療育機関・学校・職場など)** (Daytime activity venues (therapeutic institutions, schools, workplaces, etc.))
- 住んでいる地域 (民生委員など)** (Residential area (welfare committee members, etc.))
- 私の楽しみ (余暇活動など)** (My hobbies (leisure activities, etc.))
- 利用している福祉事業所** (Welfare facilities being used)
- その他 家族、親しくしている人 お世話になっている人** (Others: family, people I am close to, people I am being cared for by)

※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。

命を守る「基本事項」のページについて

基本事項のページは、本人の個人情報だけでなく、けがや事故などの緊急時に、支援を必要とする人の命を守るために必要な情報を記入するページです。災害時には多数の被災者や負傷者が出ると想定されます。外見からはわからない病気や障がいのある人は、本人が助けを求める事ができなければ支援が受けられない場合もあるかもしれません。また被災時に必ずしも家族や支援者が一緒にいるとも限りません。災害時の最悪の場合を想定し、本人が苦しくつらい状況にならないように、支援者や一般の人がこのページを見て本人を守り、助け、支援する方法がわかるよう記入しましょう。災害時には、本人にとって必要な支援や医療情報が一目見てわかる方が早い支援につながります。

このページでわかること

- 本人の名前、年齢、生年月日、性別、血液型、身長、体重、住所、連絡先など
- 家族構成 家族の名前や年齢、一緒に住んでいる家族は誰か、緊急連絡先とその順位
- 家族に連絡がつかない場合や家族以外にも連絡がつく緊急連絡先
- 災害時に本人や家族が避難する場所、または避難していると想定される場所
- 障がいの診断名や持病、命を守るための医療情報（常備薬やアレルギーなど）
- 本人の特性、できることやできないこと



「基本事項」のページに書ききれない必要な情報は、「裏面に記載」や「プロフィールブックに記載」など、このページを見た人がわかるように赤で記入するなど工夫しましょう。

医療機関に初めて受診する際にも、基本事項のページを持参しましょう。

災害時には「しずおかサポートファイル」を持って避難ができるよう、普段から家族全員が「しずおかサポートファイル」をどこに置くか決めておきましょう。

防災リュックには、「基本事項のページ」「支援ブック・生活シート【要約版】No.1 と No.2」を入れておきましょう。



記入例

基本事項

記入日 (年 月 日)

※ マイナンバーカード なし ・ あり (が管理)

ふりがな 氏名	年齢 歳	愛称 <small>(いつも呼ばれている呼び名)</small>	生年月日 年 月 日生
		性別 男 ・ 女	
所属先	身長 cm	体重 Kg	血液型 A ・ B ・ O ・ AB (Rh + ・ -)
住所 〒			電話

指定緊急避難場所 (避難地)

指定避難所 (避難所)

指定避難地や避難所がわからない場合は、自治会や市町に問い合わせて記入します

連絡 順位	家族氏名	続 柄	同居 別居	生年月日	電話番号	備考 (同居でない場合、住所または 連絡先の会社名や携帯番号など)

家族構成や、同居の家族が誰なのかわかるよう同居か別居が記載します

その他の緊急連絡先

緊急時の連絡先がわかるよう、緊急時に連絡する順番を記入します

	氏名	続柄	連絡先	備考
1				
2				

緊急時の連絡先として、いつもいる所 (日中の通所施設や入所施設)、別に住んでいる
祖父母宅、市内の親せきなど、緊急時に連絡できる所を記入します

診断名など	「精神発達遅滞 (知的障害の正式名称)」「てんかん」「高機能自閉症」「ダウン症」「糖尿病」など 日頃服薬治療をしている病気や慢性的な病気で、緊急な受診や保護をするうえで、配慮が必要な病 名や、手帳を持っている場合、その原因になっているものがあれば記入します
-------	--

持病 (基礎疾患) ・ 体質等

お薬手帳 あり (

に保管) ・ なし

持病 (慢性的な病気)	なし・あり (病名 「気管支喘息」「糖尿病」「頭痛」など慢性的、長時間 継続的に続く病気や症状があれば記入します)	
常用薬 (いつも飲んでいる薬)	なし・あり (薬名)	
<small>きんきやく</small> 禁忌薬 (飲んではいけない薬)	なし・あり (薬名) 医療機関で治療する時に必要な情報です。かかりつけの医師、薬剤師に確認して 記入しましょう。持病のある人、ある種の薬を飲んでいる人に使用できない薬が ある場合があります	
医療用器具 ・ 測定器など	なし・あり (「インスリン自己注射セット」「血糖測定器」「吸入器」など)	
てんかん	なし・あり (タイプ: どのタイプのてんかんか、頻度など医師から聞いて記入)	
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:) 薬 (注射、内服、シップ等) で皮膚や粘膜に症状が出たことがあればそれを書きます
	その他	ハウスダスト ・ 動物 ・ 寒冷 ・ 金属 ・ その他 ()

持っている手帳など

療育手帳	なし ・ あり (A ・ B)
身体障害者手帳	なし ・ あり (種 級 障害名)
精神障害者保健福祉手帳	なし ・ あり (級)

本人の状態

コミュニケーション	会話できる ・ 会話できない ・ 単語 ・ 絵カードや写真 ・ サイン () その他 ()
指示の理解	おおむね理解できる ・ 理解できることもある () ・ 理解できない
情緒の安定	常に安定 ・ 場合により不安定になる () ・ 常に不安定
危険の回避	理解できる ・ 飛び出しあり ・ 車 ・ 人 ・ 火 ()
移動	ひとりで歩行できる ・ 見守りや声かけが必要 ()
食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 激しい ・ 過食 ・ 少食
排泄	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 洋式 ・ 和式 ・ どちらでも
マヒの有無	なし ・ あり (部位) 医療的ケアの有無

「あり」の場合は、プロフィール11
の医療情報 (8) 医療的ケア【要約版】
を記入します

基本事項

記入日 (年 月 日)

※ マイナンバーカード なし ・ あり (が管理)

ふりがな 氏名	年齢 歳	愛称 <small>(いつも呼ばれている呼び名)</small>		生年月日		
		性別 男 ・ 女		年 月 日生		
所属先		身長 cm	体重 Kg	血液型 A ・ B ・ O ・ AB (Rh + ・ -)		
住所	〒				電話	
指定緊急避難場所 (避難地)			指定避難所 (避難所)			
連絡 順位	家族氏名	続柄	同居 別居	生年月日	電話番号	備考 (同居でない場合、住所または 連絡先の会社名や携帯番号など)

その他の緊急連絡先

	氏名	続柄	連絡先	備考
1				
2				

診断名など	
-------	--

持病 (基礎疾患) ・ 体質等 お薬手帳 あり (に保管) ・ なし

持病 (慢性的な病気)	なし ・ あり (病名)	
常用薬 (いつも飲んでいる薬)	なし ・ あり (薬名)	
<small>さんきやく</small> 禁忌薬 (飲んではいけない薬)	なし ・ あり (薬名)	
医療用器具 ・ 測定器など	なし ・ あり ()	
てんかん	なし ・ あり (タイプ、頻度など:)	
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:)
	その他	ハウスダスト ・ 動物 ・ 寒冷 ・ 金属 ・ その他 ()

持っている手帳など

療育手帳	なし ・ あり (A ・ B)
身体障害者手帳	なし ・ あり (種 級 障害名)
精神障害者保健福祉手帳	なし ・ あり (級)

本人の状態

コミュニケーション	会話できる ・ 会話できない ・ 単語 ・ 絵カードや写真 ・ サイン () その他 ()
指示の理解	おおむね理解できる ・ 理解できることもある () ・ 理解できない
情緒の安定	常に安定 ・ 場合により不安定になる () ・ 常に不安定
危険の回避	理解できる ・ 飛び出しあり ・ 車 ・ 人 ・ 火 ・ 水 ・ 物 ()
移動	ひとりで歩行できる ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 車椅子や補装具を使用
食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 偏食が激しい ・ 過食 ・ 少食
排泄	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 洋式 ・ 和式 ・ どちらでも
マヒの有無	なし ・ あり (部位) 医療的ケアの有無 なし ・ あり

記入例

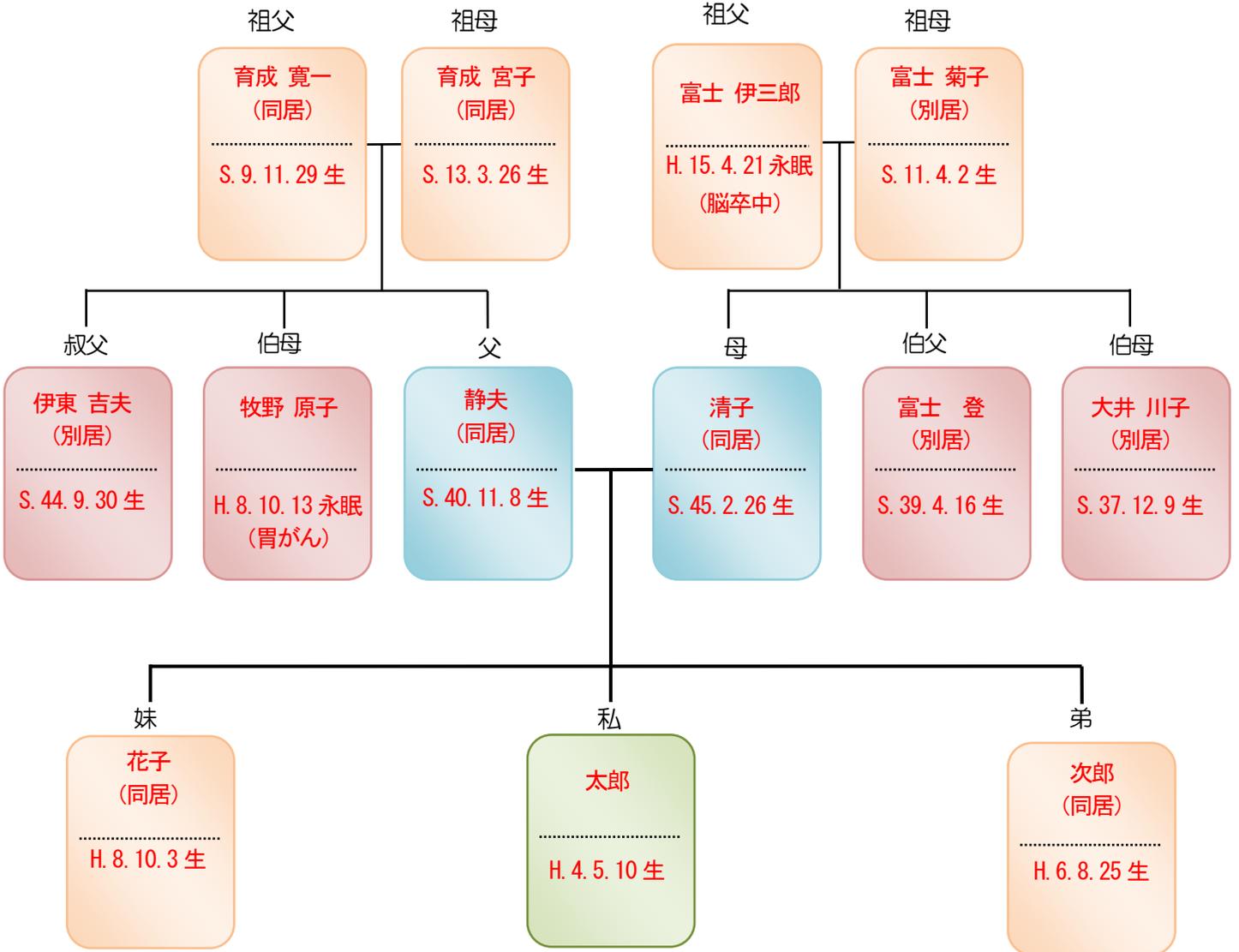
家系図

記入日 (年 月 日)

記入者氏名 (続柄)

私 () の家族・親族

1親等 2親等 3親等



記入日現在の家族や親族を記入します。
同居・別居を記入するか、同居の家族を○で囲みます。
また、死亡した場合はさしつかえない範囲で死因なども記入しましょう。
訂正や変更は赤で記入し、記入日も赤で変更しておきましょう。
記入欄やスペースが足りない場合は、追加しましょう。

医療情報（１）

健康保険証・乳児医療受給者証・介護保険証

記入日（ 年 月 日）

健康保険証記号番号	<ul style="list-style-type: none"> ・国保 ・健保（協会・組合） ・共済 ・その他（ ） 	保険者番号	
		記号番号	
重度心身障害児者医療費助成金受給者証	なし ・ あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
自立支援医療受給者証（育成・更生・通院公費）	なし ・ あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
小児慢性特定疾患医療受給券	なし ・ あり	公費負担番号	
		公費負担医療受給者番号	
乳幼児医療費受給者証	なし ・ あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
介護保険被保険者証	なし ・ あり 要支援・要介護 区分（ ）	被保険者番号	
		認定有効期間	年 月 日

主たる診断名（障害名）

記入日（ 年 月 日）

診断名など	医療機関名
	(診断日 年 月)

特に気をつけてもらいたい症状（けいれん、心臓病、ぜんそく、アレルギーなど）

病名	症状	対応
	医療機関名 TEL（ ） -	主治医
	医療機関名 TEL（ ） -	主治医
	医療機関名 TEL（ ） -	主治医

体質について（○印を）

	かぜをひきやすい		かられやすい（部位： ）
	下痢しやすい		関節がぬげやすい（部位：肘 肩 その他 ）左・右
	便秘しやすい	その他	
	よく吐く		

医療情報 (2)

かかりつけの医療機関

記入日 (年 月 日)

診療科	病院・診療所名等	主治医
		診察券 No.
		初診日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日
	TEL () -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日 年 月 日

医療情報 (3)

常用薬・その他薬の記録 (処方終了した薬には赤で線を引きましょう)

「お薬手帳」のコピーや薬の説明書 (調剤説明書) などと一緒にファイルしておきましょう。

かかりつけ薬局: _____ お薬手帳: なし あり (保管場所: _____)

薬名 (処方期間)	何の薬 (処方目的、副作用等)	服用状況	
		服薬時間	量・形状
年 月 ~ 年 月		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
年 月 ~ 年 月		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
年 月 ~ 年 月		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
年 月 ~ 年 月		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食後 ・ 食間 就寝前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()

薬の飲み方 飲ませ方 うまくいく方法	
--------------------------	--

医療情報（４）

今までにかかった大きな病気

母子手帳（なし・あり）

記入日（ 年 月 日）

感染症名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻疹（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	

※予防接種は母子健康手帳を参照

その他既往症・大きな病気・ケガなど

既往症	かかった時期	病状・医療機関など
	年 月 日 歳頃	

医療情報 (5)

予防接種の記録

母子手帳 (なし・あり)

記入日 (

年 月 日)

予防接種		済 ・ 未	接種年月日	歳頃	病状・合併症など
ヒブワクチン	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
	追加	済 ・ 未	年 月 日		
小児用肺炎球菌	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
	追加	済 ・ 未	年 月 日		
B型肝炎	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
四種混合	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
	追加	済 ・ 未	年 月 日		
BCG		済 ・ 未	年 月 日		
MRワクチン (麻しん風しん)	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
水痘 (水ぼうそう)	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
日本脳炎Ⅰ期	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	追加	済 ・ 未	年 月 日		
日本脳炎Ⅱ期		済 ・ 未	年 月 日		
二種混合		済 ・ 未	年 月 日		
子宮頸がん ワクチン (女子のみ)	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
おたふくかぜ		済 ・ 未	年 月 日		
ロタウイルス		済 ・ 未	年 月 日		
高齢者肺炎球菌		済 ・ 未	年 月 日		
新型コロナウイルス感染症	最終接種日		年 月 日 (回目)	感染の記録など	
インフルエンザ	接種する 接種しない	毎年・毎年とは限らない 注意すること () 理由:			

* 予防接種法に基づいて政令で接種対象年齢が決められていますので、かかりつけ医もしくは自治体の担当者によく相談してください。予防接種について詳しい情報は国立感染症研究所感染症情報センターへ

* 海外旅行の際に接種した予防接種も記入しておきましょう

医療情報 (6)



定期的な通院・健康管理・定期健康診断

記入日 (年 月 日)

実施病院・実施場所	通院や定期健診の回数 回/月・回/年	通院や健康診断内容・備考

医療情報（7）



入院の記録 ※診断された診断名や、治療の内容、対処結果などを記入しましょう。 記入日（ 年 月 日）

年月日	医療機関名	入院や治療の内容
年 月 ～ 年 月 年齢：	主治医：	

医療情報 (8)

医療的ケア

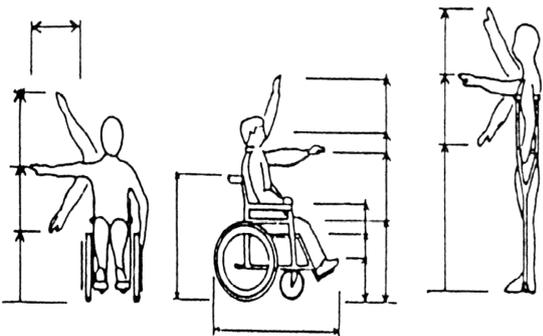
【要約版】

記入日 (年 月 日)

氏名	ふりがな	男 女	愛 称	歳	かかりつけ医	
緊急連絡先			血液型	身長	体重	平熱
診 断 名				cm	kg	度
健康 ・ 体質	体温調節不調 (汗が出にくい) ・ 熱がこもる) アレルギー () その他 ()			常 用 薬	なし ・ あり 薬名、用量	
食 事 関 係	経口摂取 (口から食べる)	口から食べる: できない ・ できる ⇒ 介助: 不要 ・ 必要 嚥下障害 なし ・ あり⇒ (誤嚥性肺炎の既往 なし ・ あり) 姿勢: 食事形態: 刻み食 ・ ミキサー食 ・ パースト食 ・ パースト食 (とろみ付き) 水分摂取時にとろみ付加: 不要 ・ 必要 (どの程度:)				
	経管栄養: 経鼻	管の太さ () Fr 留置長 (cm)				
	経管栄養: 胃ろう (腸ろう)	PEG 製品名 () (太さ Fr ・ 長さ cm) 形態: 外部 (ボタン型 ・ チューブ型) 内部 (バンパー型 ・ バルン型) 交換の頻度 () バルンの水 (ml 固定)				
	経管栄養剤等	エンシュアリキッド ・ ラコール ・ その他 (製品名:) ミキサー食 (内容: 程度:)				
	注入時の注意	姿勢 その他				
	注入する 栄養剤の量 注入方法	1日の総カロリー量目安 () Kcal 朝食 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) ml 昼食 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) m 夕食 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) m ほか 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) m 1回の注入時間 ()分 注意事項 ()				
呼 吸 器 関 係	気管カニューレ	製品名 () 管の内腔 () mm カフ (なし ・ あり) 交換の頻度 () ごと 交換している人・病院 () ネブライザー (吸入) 必要なし ・ 必要あり (薬剤名) 吸引カテーテル (太さ Fr) の挿入の長さ () cm まで (厳守) 吸引の頻度 (随時 ・ 分ごと ・ 時間ごと ・ 喘鳴時 ・ その他)				
	酸素使用	夜間のみ ・ 24時間常時 ・ その他 () 酸素使用量 (l/min) ・ 安静時 SpO2 (%) ・ 活動時 SpO2 (%)				
	呼吸器条件	(SIMV ・ CMV ・ CPAP ・ RR ・ PIP ・ PEEP など)				
排 泄	排尿・排便	導尿の必要 なし ・ あり⇒1日 回 (時間ごと) カテーテルの太さ (Fr) 下剤の必要 なし ・ あり⇒ (日に1回 下剤:種類 量)				
てんかん発作時対応		対応の必要 なし ・ あり 投薬の必要 なし ・ あり				

医療情報 (9)

導入時の年齢 (歳) 交付自治体 () 記入日 (年 月 日)

補装具等 (※可能であればリハビリの先生などに記入してもらうことが望ましいでしょう。)				
記入者	所属		職名	
	氏名		連絡先	
機器等の種類	補装具 ・ 日常生活用具 ・ 自助具 ・ その他 ()			
	機器等の名称			
業者	所属		職名	
	氏名		連絡先	
導入の目的				
導入までの経過				
	申請日 年 月 日	判定日 年 月 日	交付日 年 月 日	耐用年数 年
操作方法・留意事項				
寸法等				※支援・補助内容などを記載。 必要に応じて、機器等の写真を貼付。

医療サポート（1）情報シート 記入日（ 年 月 日）

このシートは、医療を受診する際に、診療をスムーズに行なうために必要な支援や配慮について記載するシートです。待合室や診察室で気をつけてほしいことを記入し、受診前に持参し相談しましょう。

【患者氏名】		（ 歳）	
●待合室（診療室に入るまで）配慮して欲しいこと（該当する項目に○印をしてください）			
<ul style="list-style-type: none"> ・短時間（5～10分）なら待合室で待ちます ・待合室の外で待ちます。携帯電話に連絡してください 携帯番号（ — — ） ・待ち時間をカードで伝えます ・保護者、介助者が診療室の中まで付き添います ・さわってはいけないものはしまっておいてください 		その他	
●コミュニケーションのとり方（以下の項目のうち、有効な手段があればいくつでも○印をしてください）			
<ul style="list-style-type: none"> ・事前に診療の内容を教えてください ・ゆっくり話しかけてください ・具合や症状などは、本人が自分で伝えます ・本人は伝えられないので、付き添い者が説明します ・絵や写真で説明してもらえると良く分かります ・実物を見ると分かりやすいです ・手鏡等で診療の様子を見せると少し安心します ・文字で書いてもらえると分かりやすいです 		その他	
●嫌なこと、苦手なこと、怖がること（○印をしてください）			
(1) 声について	<ul style="list-style-type: none"> ・大きな声 ・ 子どもの泣き声 ・ 男性の声 ・ 女性の声 ・ 先生以外の人の声 ・ その他配慮してほしいこと（ ） 		
(2) 音について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大きな音 ・ 機械音（ ） ・ その他の音（ ） 		
(3) 診療室の環境について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 白衣 ・ 仰向けになること ・ 光（ライト） ・ とがった物 ・ その他配慮してほしいこと（ ） 		
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ じっとしていること ・ さわられること(部位) ・ その他（ ） 		
●医療器具の使用について（注射、レントゲンなど）			
「おさえられるのは嫌い」「注射は暴れるので、注意が必要」など			
●好きなこと、興味あること（好きなキャラクターや動物などを用いて不安を軽くしたり、こまごまに使います）			
興味あること（ ）		）	
好きなキャラクター・動物など（ ）		）	
●本人が自分の病気についてどれくらい理解できているか			
●受診にあたって心配なこと、伝えておきたいこと			
「強く押さえつけると不安になり泣いたり暴れるので、できるだけ本人の表情を見ながら治療をすすめてください」 「飲むことができる薬の形態（シロップ、粉、錠剤）」など。			
●受診する前、本人に病院へ行くことを伝える方法			

医療サポート（2）コミュニケーションシート



【患者氏名】		(歳)	
受診時の症状	治療中の様子、治療後の注意 — 担当医より —	治療後の様子、質問など — 付き添いの方より —	
年 月 日	担当医：		
年 月 日	担当医：		
年 月 日	担当医：		
年 月 日	担当医：		

歯科医療サポート(1)情報シート

記入日(年 月 日)

記入例

このシートは、医療サポート情報シートに加えて、歯科診療に必要な支援や配慮について記載するシートです。
歯科診療に不安がある方は、**基本事項・医療サポート情報シート**と共に、歯科受診前に持参し相談しましょう。

【患者氏名】	(歳)
●本人は歯科治療の際に「痛いっ!」ことを周囲に伝えられますか。	
・ できる(方法:)
・ できない	・ わからない
●できる・できない・こわがることなどに○印をしてください。	
○ゆすぎ(くちゆすぎ、うがい)	
水を口に含むこと	・ できる (コップで・ストローで) ・ できない
ブクブクうがい	・ できる ・ できない
○歯みがき 自分で	・ できる(朝・昼・夕・寝る前) ・ できない
○仕上げみがき	・ する(だれが:) ・ しない
○常に口唇が開いている	・ 開いている ・ 開いていない
○開口の維持	・ できる ・ できない
○開口器の使用	・ できる ・ できない
○鼻呼吸が	・ できる ・ できない
○固定について	・ 固定しないと治療できない ・ 固定されると治療できない
○診療台で一人になること	・ できる ・ できない
○診療台を倒すこと	・ こわい ・ こわくない
○タービン(歯を削るための器具)の音	・ こわい ・ こわくない
○吸引音	・ こわい ・ こわくない
○水の温度	・ 熱いのは苦手 ・ 冷たいのは苦手
○嘔吐癖	・ ある ・ ない
○テンカウント (10数えて、数え終わったら休憩する方法)	・ 理解できる ・ 理解できない
●受診にあたって心配なこと、伝えておきたいこと	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が好きなおこと・得意なおこと(歯科医師とのコミュニケーションに必要) ・ 転院の場合、前の歯科医院でどのような状況だったか、転院の理由 ・ 暴れます・引っ張ります・噛みつきます・唾を吐きます・骨折しやすいです・息苦しくなりやすいです 鏡や絵を見せてください、などの情報 ・ てんかん情報…①最近、いつ発作を起こしたのか ②発作の様子 ③発作を起こした時、救急車を呼ぶべきか否か 家族はどうしてほしいのか ④抗てんかん剤をいつから何種類飲んでいるのか(長期にわたって何種類も飲んで いると骨折しやすいので) ・ 診察当日の本人の様子によっては、応急処置だけでいい、薬だけ出してほしい、など ・ 常備薬の情報…飲み合わせがあるので(薬は、どこで処方されたかを明記) ・ シロップ・粉・錠剤など、どんな種類の薬なら飲めるのか 	

歯科医療サポート（1）情報シート

記入日（ 年 月 日）

このシートは、医療サポート情報シートに加えて、歯科診療に必要な支援や配慮について記載するシートです。
歯科診療に不安がある方は、**基本事項・医療サポート情報シート**と共に、歯科受診前に持参し相談しましょう。

【患者氏名】（ 歳）

●本人は歯科治療の際に「痛いっ！」ことを周囲に伝えられますか。

- ・ できる（方法： _____ ）
- ・ できない
- ・ わからない

●できる・できない・こわがることなどに○印をしてください。

○ゆすぎ（くちゆすぎ、うがい）

水を口に含むこと

- ・ できる（コップで・ストローで）
- ・ できない

ブクブクうがい

- ・ できる
- ・ できない

○歯みがき 自分で

- ・ できる（朝・昼・夕・寝る前）
- ・ できない

○仕上げみがき

- ・ する（だれが： _____ ）
- ・ しない

○常に口唇が開いている

- ・ 開いている
- ・ 開いていない

○開口の維持

- ・ できる
- ・ できない

○開口器の使用

- ・ できる
- ・ できない

○鼻呼吸が

- ・ できる
- ・ できない

○固定について

- ・ 固定しないと治療できない
- ・ 固定されると治療できない

○診療台で一人になること

- ・ できる
- ・ できない

○診療台を倒すこと

- ・ こわい
- ・ こわくない

○タービン（歯を削るための器具）の音

- ・ こわい
- ・ こわくない

○吸引音

- ・ こわい
- ・ こわくない

○水の温度

- ・ 熱いのは苦手
- ・ 冷たいのは苦手

○嘔吐癖

- ・ ある
- ・ ない

○テンカウント（10数えて、数え終わったら休憩する方法）

- ・ 理解できる
- ・ 理解できない

●受診にあたって心配なこと、伝えておきたいこと

歯科医療サポート（２）コミュニケーションシート

記入前に
コピーして
使いましょう

【患者氏名】		（ 歳）	
治療中の様子（✓または項目に○を記入）		担当医：	治療日 年 月 日
<p>・診察室へ 1. 入れた 2. 入れなかった □一人で □保護者と □その他</p> <p>・診察台へ 1. 座れた 2. 座れなかった □一人で □チェアサイドから抑制して □保護者が診察台に乗って □保護者以外の抑制が必要（人）</p> <p>・どこを触っても 1. 大丈夫だった 2. 敏感・嫌がった</p> <p>・自分で開口 1. 出来た 2. 出来なかった 開口器を □使える □使えない</p> <p>・水を口腔内に 1. ためられた 2. ためられなかった</p> <p>・タービン音 1. 大丈夫だった 2. 不穏になった</p> <p>・虫歯を削り落とす治療器具から伝わる歯の振動 1. 大丈夫だった 2. 不穏になった</p> <p>・注射 1. 出来た 2. 出来なかった 3. しなかった</p> <p>・レントゲン 1. 撮れた 2. 撮れなかった 3. しなかった</p> <p>今日行った治療 □虫歯の治療 □歯石除去 □機械を使った歯の表面の清掃 □根管の治療 □拔牙 □フッ素塗布 □入れ歯の治療 □型取り □その他（ ） 1. 問題なく出来た 2. 少し心配 3. 上手く出来なかった（理由 ）</p> <p>ブラッシングの状況 1. 良い 2. 普通 3. 良くない □虫歯あり □歯肉炎・歯周病あり</p>			
治療中の様子・治療後の注意（担当医より）		治療後の様子・質問など（付き添いの方より）	

治療中の様子（✓または項目に○を記入）		担当医：	治療日 年 月 日
<p>・診察室へ 1. 入れた 2. 入れなかった □一人で □保護者と □その他</p> <p>・診察台へ 1. 座れた 2. 座れなかった □一人で □チェアサイドから抑制して □保護者が診察台に乗って □保護者以外の抑制が必要（人）</p> <p>・どこを触っても 1. 大丈夫だった 2. 敏感・嫌がった</p> <p>・自分で開口 1. 出来た 2. 出来なかった 開口器を □使える □使えない</p> <p>・水を口腔内に 1. ためられた 2. ためられなかった</p> <p>・タービン音 1. 大丈夫だった 2. 不穏になった</p> <p>・虫歯を削り落とす治療器具から伝わる歯の振動 1. 大丈夫だった 2. 不穏になった</p> <p>・注射 1. 出来た 2. 出来なかった 3. しなかった</p> <p>・レントゲン 1. 撮れた 2. 撮れなかった 3. しなかった</p> <p>今日行った治療 □虫歯の治療 □歯石除去 □機械を使った歯の表面の清掃 □根管の治療 □拔牙 □フッ素塗布 □入れ歯の治療 □型取り □その他（ ） 1. 問題なく出来た 2. 少し心配 3. 上手く出来なかった（理由 ）</p> <p>ブラッシングの状況 1. 良い 2. 普通 3. 良くない □虫歯あり □歯肉炎・歯周病あり</p>			
治療中の様子・治療後の注意（担当医より）		治療後の様子・質問など（付き添いの方より）	

福祉支援（１）

手帳・福祉支援等の情報

記入日（ 年 月 日）

福祉支援・福祉制度の利用	受給の内容	手帳・証書の管理者
療育手帳	なし・あり（A・B） 手帳番号 交付年月日（ 年 月 日） 更新年月日（ 年 月 日）	
身体障害者手帳	なし・あり（1級・2級・3級） 手帳番号 交付年月日（ 年 月 日） 更新年月日（ 年 月 日）	
精神障害者保健福祉手帳	なし・あり（1級・2級・3級） 手帳番号 交付年月日（ 年 月 日） 更新年月日（ 年 月 日）	
障害福祉サービス受給者証	なし・あり 受給者番号 交付年月日（ 年 月 日） 障害種別 1 2 3	
障害支援区分認定	受けていない 受けた（区分） 認定日（ 年 月 日） 更新日（ 年 月 日）	
特別児童扶養手当	なし・あり（1級・2級） 支給決定年月日（ 年 月 日）	
特別障害者手当	なし・あり（ ）	
障害基礎年金	なし・あり（1級・2級） 基礎年金番号（ ） 受給権を取得した年月（ 年 月）	
日常生活自立支援事業	なし・あり（契約日 年 月 日）	
成年後見制度	なし・あり（補助・保佐・後見）	
生活保護	なし・あり	
心身障害者扶養共済制度	未加入・加入 加入年月日（ 年 月 日）	
生活サポート総合補償制度	未加入・加入 加入年月日（ 年 月 日）	

福祉支援（２）

福祉サービス事業所利用状況（通っているところ）

記入日（ 年 月 日）

事業所・施設 担当者	利用サービス名	支給決定内容
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	

※福祉サービスの利用状況については受給者証を参照

生育歴

産まれる前から3歳までの状況

母子手帳(なし・あり)

記入日(年 月 日)

出産前

・妊娠中、特に気になることはありましたか？ (あった ・ 特になし)
 (具体的に) ・切迫流産 ・妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) ・前置胎盤 ・貧血 ・切迫早産 ・糖尿病
 ・風疹感染 ・その他()

出産時

●出産予定日(年 月 日) ・出産日(年 月 日) (週)
 ●お母さんの年齢(歳) ・お父さんの年齢(歳)
 ●赤ちゃんの体重(g) ・身長(cm) ・胸囲(cm) ・頭囲(cm)
 ●分娩までの経過 頭位・骨盤位(逆子)・その他()
 ●分娩までの状況 微弱陣痛 ・ 前期破水 ・ その他()
 ●分娩所要時間 () 時間
 ●分娩の状況 自然分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開
 その他()
 黄疸(普通 ・ 強 ・ その他)
 仮死 なし ・ あり ・ 保育器使用 なし ・ あり (日間)
 ●その他気になったこと

乳幼児健診の状況(特記すること)

3~4か月児健診	・受けていない ・受けた(か月)
10か月児健診	・受けていない ・受けた(か月)
1歳6か月児健診	・受けていない ・受けた(歳 か月)
3歳児健診	・受けていない ・受けた(歳 か月)

発達状況

●乳の飲み方は？ 普通 ・ 弱かった ・ その他(具体的に)
 ●母乳はいつまで？ 歳 か月頃まで
 ●運動発達：首のすわり(か月)、寝返り(か月)、お座り(か月)
 はいはい(か月)、ひとり歩き(歳 か月)
 ●聞こえについて気になることがありましたか？ ・ はい(か月の頃) ・ いいえ
 ●あやすと笑いましたか？ ・ はい(か月頃からしていた) ・ 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(か月頃からしていた) ・ いいえ
 ●親の後追いをしましたか？ ・ はい(か月頃からしていた) ・ いいえ
 ●指さしをしましたか？ ・ はい(歳 か月頃からしていた) ・ いいえ
 ●初めて言葉(ワンワン フープー など)を言ったのは？ 歳 か月頃(言った言葉)
 ●2つ以上言葉を続けて言った(「ワンワンした」)のは？ 歳 か月頃(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

けいれん ・ ぜんそく ・ 川崎病 ・ 心臓病
 その他()

所属歴(1)

療育施設、幼稚園、保育園

記入日(年 月 日)

施設・事業所	通園期間	クラス/担任
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組 先生
	年 月 ~ 年 月	組 先生
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組 先生
	年 月 ~ 年 月	組 先生
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組 先生
	年 月 ~ 年 月	組 先生
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組 先生
	年 月 ~ 年 月	組 先生
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組 先生
	年 月 ~ 年 月	組 先生

小学校、特別支援学級、特別支援学校

学校名	在学期間	所 属	担 任
TEL () -	年 月 ~ 年 月	1年生 普通級・特支級	先生
	年 月 ~ 年 月	2年生 普通級・特支級	先生
TEL () -	年 月 ~ 年 月	3年生 普通級・特支級	先生
	年 月 ~ 年 月	4年生 普通級・特支級	先生
TEL () -	年 月 ~ 年 月	5年生 普通級・特支級	先生
	年 月 ~ 年 月	6年生 普通級・特支級	先生

中学校、特別支援学級、特別支援学校

学校名	在学期間	所 属	担 任
TEL () -	年 月 ~ 年 月	1年生 普通級・特支級	先生
	年 月 ~ 年 月	2年生 普通級・特支級	先生
TEL () -	年 月 ~ 年 月	3年生 普通級・特支級	先生

高等学校、特別支援学校等

学校名	所属期間	クラス/担任
TEL () -	年 月 ~ 年 月	1年生 先生
	年 月 ~ 年 月	2年生 先生
TEL () -	年 月 ~ 年 月	3年生 先生

所属歴（２）

入所施設・グループホーム

(記入日 年 月 日)

事業所・施設	住 所	電話番号	担当者
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		

通所施設・会社・事業所・その他

事業所・施設	住 所	電話番号	担当者
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		

訓練・検査・その他の記録



訓練や発達検査などの記録

記入日 (年 月 日)

年月日	機関名等 <small>(保健センター・病院・療育センター・児童相談所等)</small>	内 容 等
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： 担当者： TEL () -	
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： 担当者： TEL () -	
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： 担当者： TEL () -	
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： 担当者： TEL () -	

障害基礎年金について

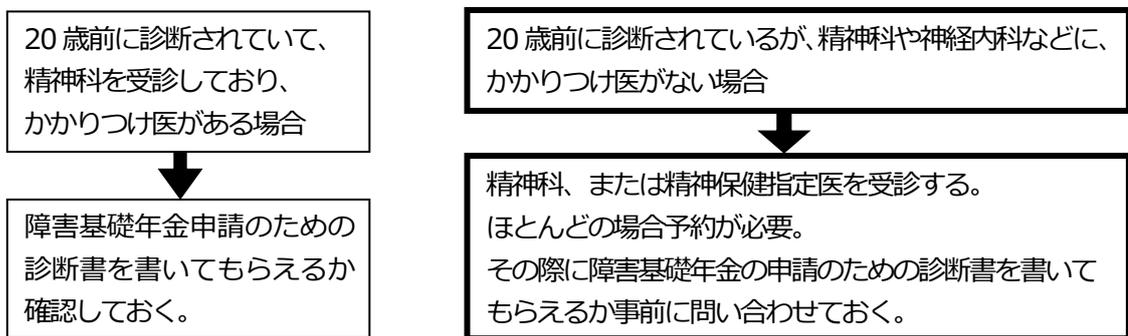
20歳を迎えるまでに、障害基礎年金申請の準備をしましょう！

障害基礎年金は、障がいのある人の生活を支えるためのほぼ唯一の国による現金給付です。子どもの20歳の節目には、親として重要な仕事があります。障害基礎年金の申請は親（保護者）が手続きをしなければ受給できません。療育手帳を持っている人、20歳前に障がいと診断され、障害基礎年金の受給できる可能性がある人は20歳になる前から申請の準備をしましょう。

障害基礎年金は申請しないともらえません。障害基礎年金の等級と療育手帳の等級は認定基準が違います。療育手帳Aの人が必ずしも1級ではありませんし、Bでも1級の場合もあります。

障害基礎年金の受給には、①**医師の診断書**と親や保護者が書く②**病歴・就労状況等申立書**が必要です！

①18歳6か月になる前に、**診断書**を書いてくれる精神科を受診しておきましょう。



精神科以外でも、てんかん・知的障害・発達障害など、精神・神経障害の診断や治療に従事している医師であれば診断書を書いてもらえますが、**かかりつけ医でない場合、年金申請のための診断書を書いてくれる病院はほとんどないので、事前に病院をさがしておきましょう。**

②**病歴・就労状況等申立書**には、20歳までの医療の受診の状況と日常生活の状況を具体的に書きます。

初診日から現在までの経過を年月順に期間を開けないで記入する必要があります。

申立書に記入できるよう、プロフィール23の病歴・就労状況等申立書の下書きのページに医療の記録と日常生活の状況を年月順に記入しておきましょう。

障害基礎年金申請の手続き

1. 18歳6か月までに、障害基礎年金申請のための診断書を書いてくれる精神科を受診する
2. 20歳になる前に、年金事務所や市町の窓口へ行き、障害基礎年金申請のための診断書の用紙、病歴・就労状況等申立書の用紙を受け取る
3. 診断書の用紙を持って精神科を受診し、診断書を書いてもらう
病歴・就労状況等申立書を親が記入する
4. 精神科の医師が書いた診断書と病歴・就労状況等申立書を持参し、年金事務所や市町の窓口で障害基礎年金申請の手続きをする
5. 国民年金保険料免除の手続きをする

※お住いの市町や年金事務所によって、この流れや順番が違いますが、手続きする日と誕生日の日付の関係で順番が前後する場合がありますので、事前に問い合わせてください。

障害基礎年金の年金額の目安は、1級 約82,000円/月 2級 約66,000円/月（令和6年度の支給額）
年金は、2ヶ月分まとめて、偶数月に本人名義の口座に振り込まれます。
また、年金額は毎年見直されます。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-01.html#cms01>



病歴・就労状況等申立書（表面）下書きのページ

※実際の申立書の用紙は **A3** です



病歴状況	傷病名				
発病日	年	月	日	初診日	年 月 日
<p>●障害の原因となった病気やけがについて、発病した時から現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入します。</p> <p>●受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師からの指示、転移・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入します。</p> <p>●受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などを具体的に記入します。</p> <p>●健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入します。</p> <p>●同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入します。</p>					
昭和・平成・令和	年	月	日から	発病した時の状態と発病から初診までの間の状況 (先天性疾患は出生時から初診まで)	
昭和・平成・令和	年	月	日まで		
受診した	・		受診していない		
医療機関名					
昭和・平成・令和	年	月	日から	左の期間の状況	
昭和・平成・令和	年	月	日まで		
受診した	・		受診していない		
医療機関名					
昭和・平成・令和	年	月	日から	左の期間の状況	
昭和・平成・令和	年	月	日まで		
受診した	・		受診していない		
医療機関名					
昭和・平成・令和	年	月	日から	左の期間の状況	
昭和・平成・令和	年	月	日まで		
受診した	・		受診していない		
医療機関名					