

# 目 次

本人プロフィール .....	1
連絡先 .....	2
パニックや困った時の対処の方法 .....	3
主治医に関すること .....	6
薬の記録 .....	7
手帳 .....	10
福祉制度 .....	12
サービス事業所の記録 .....	16
療育・教育の記録 .....	17
卒業後の記録 .....	18
支援記録(年齢別) .....	19
乳幼児期の記録 .....	71
(健診、予防接種、既往歴、大きな病気・けが、発達の記録)	
自由記述 .....	79
公的機関などの連絡先 .....	89

## ♣ 本人プロフィール ♣

- (ふりがな) 名 前 ( 男 ・ 女 )
- 
- 生年月日 年 月 日
- 
- 住 所
- 
- ( 年 月 日変更)
- 
- ( 年 月 日変更)
- 
- ( 年 月 日変更)
- 障がい名
- 
- その他 (特に知っておいてほしいこと)

## ☘ 連 絡 先 ☘

(ふりがな)

- 保護者名 (続柄 )  
( 年 月 日変更)  
(続柄 )

- 自宅TEL ( ) —  
FAX ( ) —  
メール  
( 年 月 日変更)

- 自宅以外の緊急連絡先 (優先順に)

- ①TEL ( ) — ( )  
②TEL ( ) — ( )  
③TEL ( ) — ( )  
例TEL ( 090 ) ○○○○ — △△△△ ( 母親携帯 )

- 家族構成 (本人・保護者以外)

続 柄	(ふりがな) 名 前	備 考
	( )	
	( )	
	( )	
	( )	
	( )	

## ♣ パニックや困った時の対処の方法 ♣

パニックなどの症状 (どんな時に、どんな症状が)	対処の方法 (具体的に)	記入年月日

♣ その他伝えたいこと ♣

コミュニケーションの方法・伝え方 (言葉、絵、写真、実物、文字など)	記入年月日
嫌いな物、こと、場所、食べ物など	記入年月日

好きな物、こと、場所、食べ物など	記入年月日
癖、こだわり、独特な表現など	記入年月日

## ♣ 主治医に関すること ♣

医療機関名	
担当医	
電話	
所在地	
備考	

医療機関名	
担当医	
電話	
所在地	
備考	

医療機関名	
担当医	
電話	
所在地	
備考	

医療機関名	
担当医	
電話	
所在地	
備考	

※ 診断記録はP19以下に記入してください。

## ❖ 薬の記録 ❖

《常用薬》…毎日飲んでいる薬

《常備薬》…症状が出たときに飲む薬

薬の名前と形状を明記する (例)・発作のとき ○○○ 薬の形状(粉・顆粒・錠剤)

《飲み方》

(例) …オブラートで包む



## ❖ 薬剤などのアレルギー ❖

(アレルギー症状、気をつけてほしいことなど)



○ 身体障害者手帳 ( 有 ・ 無 )

\_\_\_\_\_ 都道府県・市 第 \_\_\_\_\_ 号

\_\_\_\_\_ 級・第 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日交付

障害名

(変更があれば、記入してください)

○ 精神障害者保健福祉手帳 ( 有 ・ 無 )

\_\_\_\_\_ 都道府県・市 第 \_\_\_\_\_ 号

\_\_\_\_\_ 級 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日交付

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日更新

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日更新

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日更新

(変更があれば、記入してください)



○ 健康保険証 ( )

番号 \_\_\_\_\_ 年 \_\_ 月 \_\_ 日交付

(変更があれば、記入してください)

○ ( ) 証

\_\_\_\_\_ 県・市・町      番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_ 月 \_\_ 日交付

(変更があれば、記入してください)

○ (		) 証
_____	県・市・町	番号 _____
_____	年	_____ 月 _____ 日交付
(変更があれば、記入してください)		
○ (		) 証
_____	県・市・町	番号 _____
_____	年	_____ 月 _____ 日交付
(変更があれば、記入してください)		

○特別児童扶養手当（ 有\_\_\_\_級・ 無 ） 取得日（ ）

（変更があれば、記入してください）

○障害児福祉手当（ 有 ・ 無 ） 取得日（ ）

（変更があれば、記入してください）

○特別障害者手当（ 有 ・ 無 ） 取得日（ ）

（変更があれば、記入してください）

○障害基礎年金（ 有\_\_\_\_級・ 無 ） 取得日（ ）

（変更があれば、記入してください）

○心身障害者扶養共済制度の加入（ 有 ・ 無 ） 加入日（ ）

（変更があれば、記入してください）

○その他

## ♣ サービス事業所の記録 ♣

契約年月日	事業所名	住所・電話	担当者

## ❀ 療育・教育の記録 ❀

区 分	施設(園)、学校名	担 任	備 考
療育施設 保 育 園 幼 稚 園 など			

卒園年月日 (     .     .     )

小学 1 年			
小学 2 年			
小学 3 年			
小学 4 年			
小学 5 年			
小学 6 年			

卒業年月日 (     .     .     )

中学 1 年			
中学 2 年			
中学 3 年			

卒業年月日 (     .     .     )

高校 1 年			
高校 2 年			
高校 3 年			

卒業年月日 (     .     .     )


卒業年月日 (     .     .     )

## ❖ 卒業後の記録 ❖

会社名・施設名	入社(所)日	退社(所)日	備考(仕事内容など)