

岐阜県

地域でくらす **かけはし** ノート

～医療・福祉などを安心して利用するために～



編集 岐阜県
協力 岐阜県医師会
独立行政法人国立病院機構長良医療センター

岐阜県“地域でくらすかけはしノート”の書き方について

かけはしノートの記載方法や使い方の例を紹介しています。
記載する際の参考としていただき、工夫して自由に使ってください。

2. 本人の情報

さんの情報 (年 月現在)

(ふりがな)		写 真 を 貼 り ま し ょ う
氏 名		
普段の呼び名		
性 別	男 ・ 女	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
血 液 型	(A・B・O・AB) (Rh+・Rh-)	
主たる障がい名		
福祉医療の受給	<input type="checkbox"/> 重度心身障がい者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受給なし	

■持っている手帳

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (種 級) 【障がい名】	<input type="checkbox"/> なし
療育手帳	<input type="checkbox"/> あり (A・A1・A2・B1・B2)	<input type="checkbox"/> なし
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり 級	<input type="checkbox"/> なし

■本人の住所・連絡先

本人住所： 〒 -
TEL: _____ FAX: _____

「写真」欄には、本人の写真を貼ってください。
災害時の本人確認にもなるので、できるだけ最近の写真を貼付してください。

「主たる障がい名」欄には、医療機関から診断を受けた病名を記載してください。
また既往歴や大きな事故など、特記すべきことがある場合もこちらに記載してください。

「福祉医療の受給」欄には、医療費助成を受けるための受給者証の種類について、当てはまる項目にチェックをしてください。
市町村によって名称が違うことがありますので、項目にない場合は、「その他」欄にチェックし、() 内に具体的な名称を記載してください。

「身体障害者手帳」の「障がい名」欄には、身体障害者手帳に記載されている障がい名を記載してください。

「本人の住所・連絡先」には、本人が現に居住している住所や電話番号等を記載してください。

■家族の住所・連絡先

家族住所①：〒 -	
氏名： (続柄)	TEL:
携帯TEL:	FAX:
勤務先:	勤務先 TEL:
家族住所②：〒 -	
氏名： (続柄)	TEL:
携帯TEL:	FAX:
勤務先:	勤務先 TEL:

■家族以外の緊急連絡先（上記以外の親戚や関係者など）

緊急連絡先① <氏名: 続柄: >

携 帯 T E L	
携帯電話メールアドレス	
勤 務 先	勤務先 TEL

緊急連絡先② <氏名: 続柄: >

携 帯 T E L	
携帯電話メールアドレス	
勤 務 先	勤務先 TEL

緊急連絡先③ <氏名: 続柄: >

携 帯 T E L	
携帯電話メールアドレス	
勤 務 先	勤務先 TEL

「家族の住所・連絡先」には、本人の緊急連絡先となる保護者などの住所・連絡先を記載してください。本人と同居の場合は、“本人と同じ”などと記載していただいても結構です。

緊急時にも連絡が付きやすいように、携帯電話や勤務先の電話番号についても記載してください。

「家族以外の緊急連絡先」には、同居していないきょうだいや親戚など、本人の状況をよく知る方について記載してください。

近所の方や民生委員、福祉サービス事業所の職員などを記載していただいても結構ですが、その場合には、「続柄」欄に、“〇〇事業所の職員”などと分かるように記載してください。

連絡先の方には、かけはしノートに記載した旨を伝え、緊急時に連絡があるかもしれないことについての了解を取っておかれるとよいでしょう。

■かかりつけの病院

病院名：	主治医（ ）
初診日：S・H 年 月 日	電話番号：
病院名：	主治医（ ）
初診日：S・H 年 月 日	電話番号：
病院名：	主治医（ ）
初診日：S・H 年 月 日	電話番号：

「かかりつけの病院」欄には、普段受診している医療機関を記載してください。

初診日の記載があると、手帳の取得時や障害年金の手続などの参考情報になります。

■家族構成図



「家族構成図」欄には、本人を中心とした家族構成について、記入してください。男性は□、女性は○で記載します。□、○の中に名前を書きいただくとよりわかりやすくなります。

婚姻関係は＝（二重線）で、その他は－（線）で結んでください。

■家族構成

続柄	氏名	生年月日	同別居
		T・S・H 年 月 日	同・別
		T・S・H 年 月 日	同・別
		T・S・H 年 月 日	同・別
		T・S・H 年 月 日	同・別
		T・S・H 年 月 日	同・別
		T・S・H 年 月 日	同・別
		T・S・H 年 月 日	同・別

「家族構成」欄には、同居、別居に関わらず、社会通念上家族とされる方について記入してください。家族構成図と連動させるとよりわかりやすくなります。

各種行政手続きの際などに家族構成をたずねられた時は、この欄を提示していただくとよいでしょう。

3. 家での様子【 年 月 日 (歳 か月) 現在】

■現在の状況

詳細については余白に記入

姿 勢	<input type="checkbox"/> 寝たきりで首のすわりなし <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 支えがあれば座っている <input type="checkbox"/> 支えなしで座っている <input type="checkbox"/> 膝で立つ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> その他 ()
麻 痺	<input type="checkbox"/> あり (具体的な状況 :) <input type="checkbox"/> なし
移 動	<input type="checkbox"/> バギーで移動する <input type="checkbox"/> 車イスで移動する <input type="checkbox"/> 車イスを自走する <input type="checkbox"/> 支えられて歩く <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> 背で軸まわりをする <input type="checkbox"/> 背ばいで移動する <input type="checkbox"/> 腹ばいで移動する <input type="checkbox"/> 四つ這いで移動する <input type="checkbox"/> 膝立ちで移動する <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> その他 ()

「現在の状況」の欄には、時点ごとの本人の状態をチェックしてください。本人の状態が選択肢にない場合や補助的な情報がある場合には、具体的な状況を余白に記載してください。

現在の状況は、本人の成長により変化していきます。状況が変わってきた際には、予備の用紙を使用したり新しい用紙をホームページからダウンロードしたりして書き換えていってください。

ホームページ

<http://www.pref.gifu.lg.jp/kenko-fukushi/fukushi/shogai/kakehashi/>

食 事	<input type="checkbox"/> 食べさせている <input type="checkbox"/> 介助は必要だが自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> その他 ()
所要時間	分
食事の姿勢	
食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ⇒P15へ <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶使用 <input type="checkbox"/> ミキサーにする <input type="checkbox"/> 柔らかく調理して食べる <input type="checkbox"/> 家族と同じものを刻む <input type="checkbox"/> おかずは家族と一緒にものを食べる <input type="checkbox"/> 主食はご飯・お粥 <input type="checkbox"/> その他 ()
1回の食事量	茶碗 () 杯
食 事 用 具	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> その他(自助具等) ()
食 事 状 況	<input type="checkbox"/> 飲み込めない <input type="checkbox"/> かまずに飲み込む <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> その他 ()
食 欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変動する <input type="checkbox"/> 好きな食べ物 () <input type="checkbox"/> 嫌いな食べ物 ()
補 食	

「食事の姿勢」の欄には、抱え方や角度などについて具体的に記載してください。写真を添付してもよいでしょう。

(例) ベッドで上半身を30° 起こし、仰向けで食べさせる
 介護者が抱いて食べさせる 等

「1回の食事量」の欄には、「茶碗1杯」や「汁物をお椀に半分」などのように、具体的な量を記載してください。

「補食」の欄には、補食(おやつ)の量や時間帯、1日の回数、補食の種類などについて記載してください。
 本人の好きなものについても、具体的に記載してください。

■福祉用具・自助具の利用状況

福祉用具・自助具の利用 あり なし
<具体的な状況>

「福祉用具・自助具の利用状況」の欄には、利用の有無と種類、使い方などについて具体的に記載してください。

■コミュニケーション手段

視覚障がい あり なし

聴覚障がい あり なし

コミュニケーションの手段

コミュニケーション機器の使用 あり なし
<具体的な状況>

「コミュニケーション手段」の欄には、サービス事業所の介護者などが本人とコミュニケーションをとる上での参考にできるよう、視聴覚障がいの有無とコミュニケーションの手段について記載してください。

コミュニケーション機器を使用している場合には、具体的な機器名と使用の状況などについて記載してください。

■一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄など）

1:00		
2:00		
3:00		
4:00		
5:00		
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

「一日の流れ」の欄には、通所サービスや一時預かりサービスを利用する際の参考となるよう、本人の食事や入浴、排泄、睡眠などの流れを記載してください。

各項目のマークを決めて記載していただいても結構です。また各項目には、具体的な内容について記載していただくとよりわかりやすくなります。

■家庭での過ごし方・介助にあたり配慮してほしいこと

遊 び	○お気に入りのこと（もの）など
食 事	
口腔ケア	
排 泄	
入 浴	
着脱衣	
就 寝	
不安時の様子	
その他	

「家庭での過ごし方・介助にあたり配慮してほしいこと」の欄には、在宅サービスや通所サービス、一時預かりサービスを利用する際に介護者の方に留意して欲しい点、本人の癖などのうち、「現在の状況」（7ページ～）や「医療的ケアの状況」（13ページ～）では伝えきれないことなどについて、できるだけ具体的に記載してください。

4. 医療的ケア等の状況【 年 月 日 (歳 か月) 現在】

■ 医療的ケアの状況

詳細については余白に記入

アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(アレルゲン: (症状:)
てんかん発作 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	予兆 () 発作時の対応 () <input type="checkbox"/> 坐薬挿入 () <input type="checkbox"/> その他 ()
定期薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 処方病院 <input type="checkbox"/> お薬手帳等参照 <input type="checkbox"/> なし	服薬状況 () () () () () () () () () () ()
臨時薬 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 処方病院	服薬状況 () ()
臨時薬 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 処方病院	服薬状況 () ()

「医療的ケアの状況」欄は、通所サービスや一時預かりサービスを利用する上でとても大切な情報です。
できるだけ具体的に記載するとともに、サービスを利用する際には、かけはしノートを見せながらそれぞれの内容について、事業所の担当者に必ず伝えてください。

「定期薬」の「服薬状況」には、医師から指示のあった用法・用量を記載してください。
また、水分に溶かす、トロミ剤とともになど、服用する際の状況についても記載してください。

「お薬手帳等参照」にチェックした場合は、ファイルのポケットにお薬手帳等の薬剤情報提供書を入れて一緒に保管してください。

■その他必要な医療的ケア（具体的に記入してください）

「その他必要な医療的ケア」欄には、項目にないケアの内容について具体的に記載してください。

項目中の余白で書ききれなかったことを書いていただいても結構です。

■病歴（入院・通院・手術・治療歴等）

年 月 日～ 年 月 日（ 歳 か月）	
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・入院・通院・完治
年 月 日～ 年 月 日（ 歳 か月）	
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・入院・通院・完治
年 月 日～ 年 月 日（ 歳 か月）	
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・入院・通院・完治
年 月 日～ 年 月 日（ 歳 か月）	
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・入院・通院・完治
年 月 日～ 年 月 日（ 歳 か月）	
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・入院・通院・完治

「病歴」欄には、最近1年以内の入院・通院・手術・病気の治療を行った場合の内容を中心に期間や病院名、治療の内容について記載してください。また、過去に受けた大きな手術等については最近1年以内かどうかに関わらず記載してください。

医療機関をご利用の際に提示していただくと治療の参考になります。

5. 福祉サービス利用の記録（居宅介護・短期入所・通所など）

■障害支援（程度）区分（児童区分は1～3）

児童・障害支援(程度)区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害支援(程度)区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害支援(程度)区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害支援(程度)区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害支援(程度)区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日

■事業所、相談・支援機関利用の記録

事業所名									
連絡先									
担当者氏名・職種									
支援内容									
支援期間	歳	か月	～	歳	か月	(年	月	日)
事業所名									
連絡先									
担当者氏名・職種									
支援内容									
支援期間	歳	か月	～	歳	か月	(年	月	日)
事業所名									
連絡先									
担当者氏名・職種									
支援内容									
支援期間	歳	か月	～	歳	か月	(年	月	日)

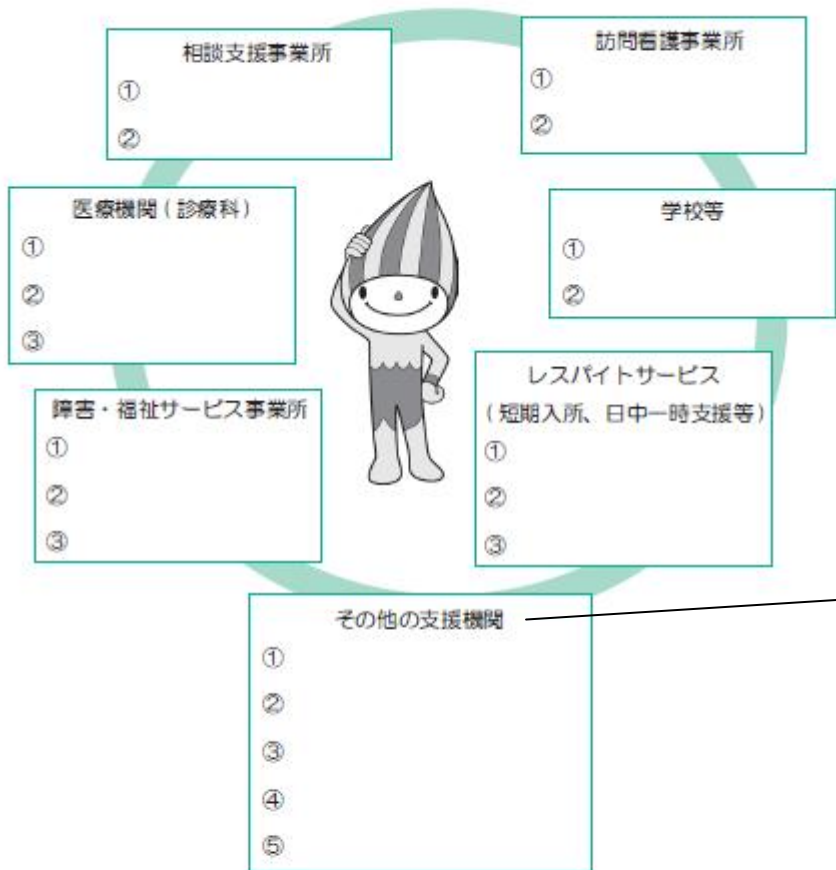
「障害支援（程度）区分」欄には、児童の場合1～3に、成人の場合は1～6の当てはまる区分に○をつけてください（認定を受けている場合のみ）。認定を受けている場合には、認定期間についても記載してください。

「事業所、相談・支援機関利用の記録」欄には、これまでに利用した、又は現在利用している福祉サービス事業所や行政機関、支援機関の記録について記載してください。

「支援内容」には、“居宅介護、重度訪問介護、生活介護”などの福祉サービスの他、“成年後見制度についての相談”や“手帳の判定”、個別の相談内容など記録しておきたいことを自由に記載してください。

福祉サービス利用や行政手続きなどの際に、本人がどのような関係機関とつながっているかを確認することができます。

■支援機関ネットワーク図（ 年 月現在、 歳）



「支援機関ネットワーク図」には、現在利用している福祉サービス事業所や医療機関、学校等の支援機関を記載してください。

本人がどのような関係機関とつながっているかを確認することができるので、支援機関の間の情報伝達や相談支援にも役立ちます。

「その他の支援機関」には、訓練機関や行政機関等を記載してください。

6. 生育歴

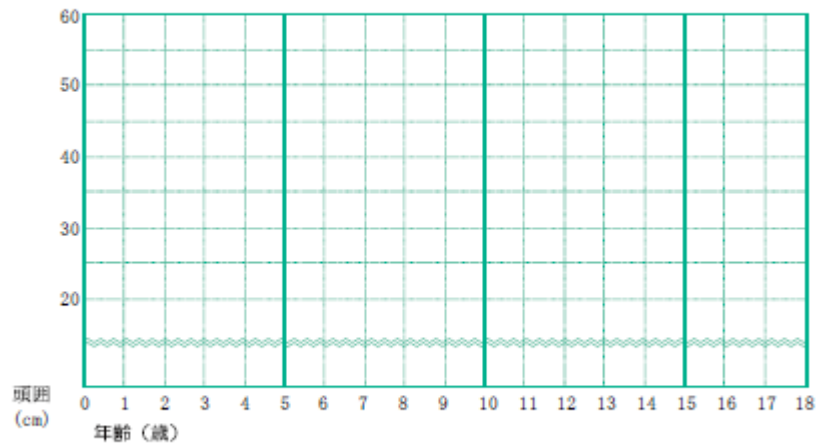
■ 出生時の状況

出生病院・医院			
電話番号			
在胎週数	週	日	
出生体重	g	頭囲	mm
アガスコア(1分)/(5分)	/		
出生時の特記事項			

■ 発達の記録

首のすわり	か月	寝返り	歳	か月	
お座り	歳	か月	四つ這い	歳	か月
つたい歩き	歳	か月	歩行	歳	か月
初語	歳	か月	二語文	歳	か月

< 頭囲の発達記録 >



「出生時の状況」欄には、本人が出生した医療機関や体重などについて記載してください。

在胎週数や出生体重、頭囲などは、母子手帳に記載してありますので転記してください。

「出生時の特記事項」欄には、“へその緒が首に巻きついていた” “仮死状態であった” など、特記すべきことがあれば記載してください。

「発達の記録」欄は、母子手帳の情報を基にしながら記載してください。福祉の相談を受ける際や療育手帳取得の際には、発達の記録の情報が必要となりますので、覚えている範囲内で記載してください。

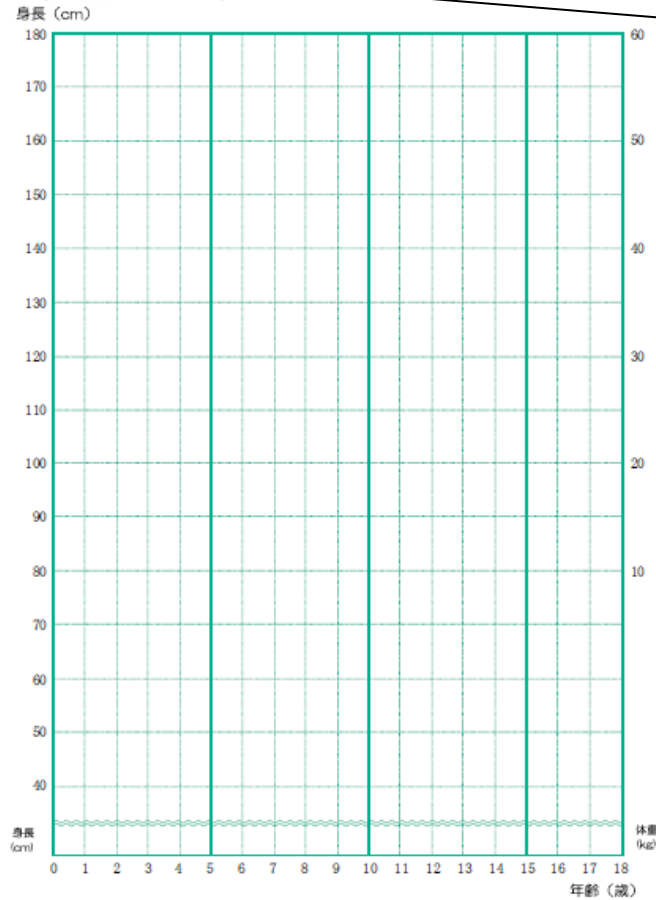
かけはしノートファイルのポケットに母子手帳を入れて一緒に保管することで、母子手帳に記載してある情報は記載を省略することもできます。

■身長・体重の記録

年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg
年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg
年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg
年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg
年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg
年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg
年 月 日(歳 か月)	身長: cm	体重: kg

「身長・体重の記録」欄には、計測を行った都度の結果を記載してください。
25ページのグラフと連動させてもよいですし、18歳以降の記録を残していただいてもよいでしょう。

<身長・体重の発達記録>



「身長・体重の発達記録」欄には、18歳までの記録を記載してください。身長は左側の目盛を基準に、体重は右側の目盛を基準にしてください。
身長は“●”、体重は“▲”などと記号を決めたり色で分けたりして、それぞれ線で結ぶとわかりやすくなります。

■ 予防接種

□ 母子手帳参照

お子さんは病気にかかりやすく、かかると重症化することがあります。予防接種で防げる病気もありますので、主治医と相談してスケジュールを立て、ノートに接種日を記載して管理しておきましょう。定期の予防接種は市町村が実施します。日程など詳しくは、お住まいの市町村にお尋ねください。

< 定期の予防接種 >

ワクチンの種類	接種年月日
ジフテリア (D)・百日せき (P)・破傷風 (T) 第1期 (三種混合 : DPT) 初回	1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日
第1期 (三種混合 : DPT) 追加	年 月 日
ポリオ (急性灰白髄炎) (経口・注射)	1回 年 月 日 (経口・注射) 2回 年 月 日 3回 年 月 日 4回 年 月 日
ジフテリア (D)・百日せき (P)・破傷風 (T)・ポリオ (IPV) 第1期 (四種混合 : DPT-IPV) 初回	1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日
第1期 (四種混合 : DPT-IPV) 追加	年 月 日
ジフテリア (D) 破傷風 (T) 第2期 (二種混合 : DT)	年 月 日
BCG (結核)	年 月 日
麻しん (はしか) (M)・風しん (R) 第1期 (MR) 第2期 (MR)	年 月 日 年 月 日
日本脳炎 第1期 初回	1回 年 月 日 2回 年 月 日
第1期 追加 第2期	年 月 日 年 月 日
インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 追加 年 月 日

「予防接種」欄には、これまでに接種した予防接種について、母子手帳を参考に接種日を記載してください。
< 定期の予防接種 > は、予防接種法に基づいて実施されるものです。
< 任意の予防接種 > は、定期の予防接種以外の予防接種です。

「母子手帳参照」とする場合はチェックを入れ、かけはしノートのファイルのポケットに母子手帳を入れて一緒に保管してください。

平成24年9月から不活化ポリオワクチンが導入されました。接種回数は4回です。

平成24年11月から四種混合ワクチン (DPT-IPV) が導入されました。三種混合 (DPT) と四種混合のどちらを接種したか確認して、該当する欄に記入してください。

麻しん (はしか) (M)、風しん (R) を別々に接種している場合は分けて記載し、いつ何の接種をしたかがわかるように記入してください。

小児用肺炎球菌（13価結合型）	1回	年	月	日
	2回	年	月	日
	3回	年	月	日
	追加	年	月	日
ヒトパピローマウイルス（HPV）	1回	年	月	日
	2回	年	月	日
	3回	年	月	日

<任意の予防接種>

ワクチンの種類	接種年月日
水痘（水ぼうそう）	年 月 日
	年 月 日
おたふくかぜ	年 月 日
	年 月 日
B型肝炎（HBV）	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
インフルエンザ	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
ロタウイルスワクチン（1価・5価）	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
その他	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

平成26年4月1日現在、定期予防接種とされていない予防接種です。国において定期予防接種の対象ワクチンの拡大が検討されており、今後、定期予防接種とされることがあります。

通所サービス利用の際などに参考となりますので、インフルエンザの予防接種日について、記載してください。

記載のない予防接種を受けた場合は、こちらに予防接種の種類と接種日を記載してください。

■療育機関・保育所・学校等の状況

療育機関 訓練施設	施設名：
	支援期間： 歳 か月 ~ 歳 か月
	支援内容：
	施設名：
	支援期間： 歳 か月 ~ 歳 か月
	支援内容：
	施設名：
	支援期間： 歳 か月 ~ 歳 か月
	支援内容：
保育所	
幼稚園	
小学校	(通常/特学/特支・通学/訪問)
中学校	(通常/特学/特支・通学/訪問)
高等部	(通常/特学/特支・通学/訪問)
その他	

「療育機関 訓練施設」欄には児童発達支援事業所や児童デイサービス、知的障害児通園施設、肢体不自由児通園施設などの利用の記録、医療機関での訓練について記載してください。

保育所や学校名を記載してください。
 「(通常/特学/特支・通学/訪問)」は、該当するものを○で囲ってください。
 通常：地域の学校の通常クラス
 特学：地域の学校の特別支援学級
 特支：特別支援学校
 通学：通学で教育を受けた場合
 訪問：家庭、病院などで訪問教育を受けた場合

「その他」欄には、中途障害者の方などで大学や専門学校に通った経歴がある場合などに記載してください。

■災害時要援護者名簿への記載 あり なし

災害時要援護者名簿とは、災害時に避難支援を必要とする人の情報を管理するためのもので、市町村で作成・管理しています。詳細及び名簿への記載については、市町村の障がい福祉担当課へお尋ねください。

<災害時の避難所>

「災害時の避難所」には、災害が起こった場合に避難する予定の避難場所と住所を記載してください。

お近くの避難場所は、下記で確認することができます。

<http://www.pref.gifu.lg.jp/bousai/>

避難場所は、必ず家族の間で伝えあっておいてください。

■ご利用の施設の連絡先

事業所名：

TEL：

担当者：

事業所名：

TEL：

担当者：

事業所名：

TEL：

担当者：

事業所名：

TEL：

担当者：

事業所名：

TEL：

担当者：

事業所名：

TEL：

担当者：

事業所名：

TEL：

担当者：

「ご利用の施設の連絡先」欄は、保護者の方の電話帳として活用してください。

福祉サービス事業所だけでなく、日頃連絡を取り合うことのある学校や民生委員、行政機関など本人に関わる関係者について記載していただくと便利です。

緊急時情報提供カード

(平成 年 月 日現在)

本人の氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

血液型 A・B・O・AB (Rh+・Rh-)

保護者の氏名

住所 〒

電話番号

第1救急搬送病院：

Tel () -

第2救急搬送病院：

Tel () -

かかりつけ医：

Tel () -

○疾病名

○アレルギー あり ・ なし

(アレルゲン：)

(症状：)

○人工呼吸器 あり(機種：)・ なし

○気管切開 あり ・ なし

○喉頭気管分離 している ・ していない

○経管栄養 あり ・ なし

○胃ろう・腸ろう あり ・ なし

「緊急時情報提供カード」は、災害時等の緊急時に本人を知る人が周りにいなくても、最低限の本人の情報や緊急連絡先が一目でわかるようにしたものです。

緊急時にも連絡がつきやすいように、携帯電話や勤務先の電話番号も記載するとよいでしょう。

かけはしノートの最初や最後に綴じるなど、すぐに取り出せるようにしておきましょう。