

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

本文中の「保護者の方へ」にもあるように、かけはしノートへの記入内容や使い方はこのノートを管理される方の自由です。

かけはしノートは、福祉サービス事業所や行政機関、医療機関などの支援を受ける際にご利用いただけますが、具体的な記載方法について掲載しますので、参考にしてください。

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に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ふことがありますので、項目に無い場合には、「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、本人の緊急時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：

■家族構成図



■家族構成

続柄	氏名	生年月日	同居別
		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
		T・S・H 年 月 日	同・別

「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、手帳の取得時などの参考情報になります。

「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。□、○の中に名前を書いていただくとより分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」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ていただくとより分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には、この欄を提示していただくとよいでしょう。

### 3. 生育歴

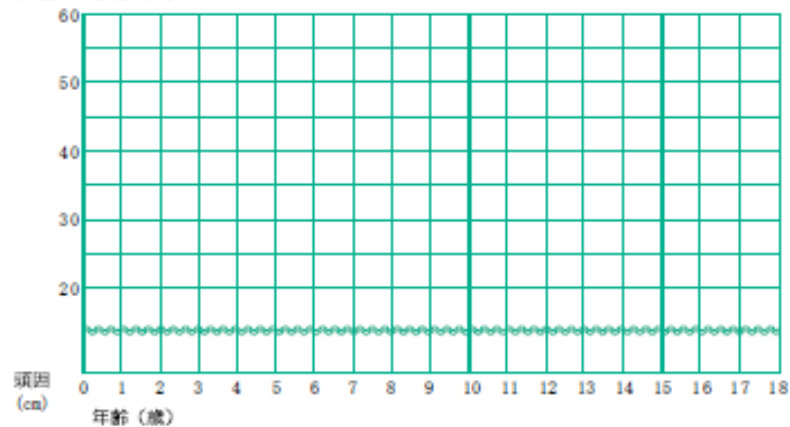
#### ■出生時の状況

出生病院・医院			
電話番号			
在胎週数	週	日	
出生体重	g	頭囲	mm
Apgar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	歳	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、分かる範囲で記載してください。

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。

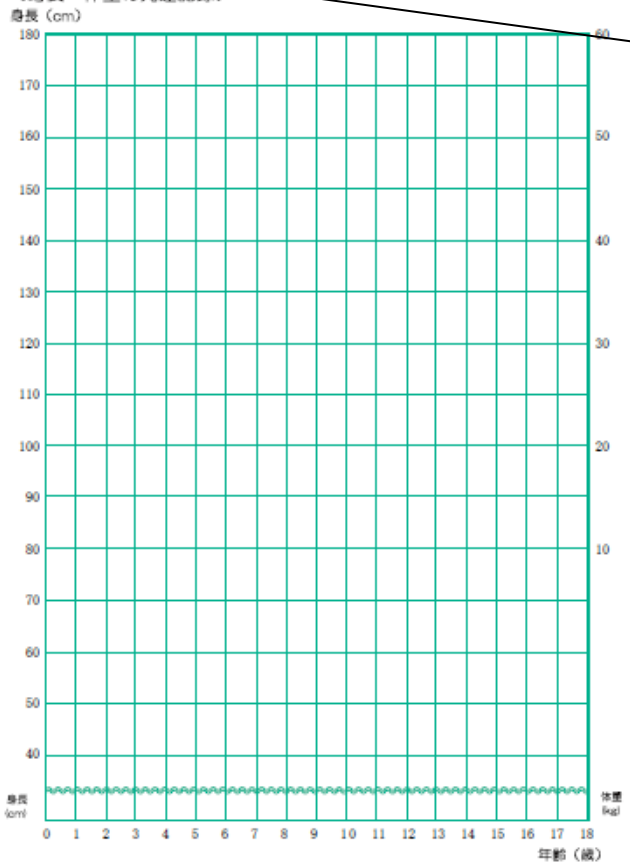
「発達の記録」欄は、母子手帳の情報を基にしながら記載してください。福祉の相談を受ける際、療育手帳取得の際には、発達の記録の情報が必要となりますので、覚えている範囲内で記載してください。

■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

「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。  
7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。身長については左側の目盛を基準に、体重について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印をつけ、それぞれ線で結ぶと分かりやすくなります。

■病歴（入院・手術・治療歴等）

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

「病歴」欄には、入院・手術・病気の治療を行った場合の期間や病院名、治療の内容について記載してください。  
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。

■ 予防接種

お子さんは病気にかかりやすく、かかると重症化する事があります。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。

定期的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。

< 定期的予防接種 >

区分	接種日
DPT・DT1期初回 (D:ジフテリア P:百日せき T:破傷風)	
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	
DPT・DT1期追加 DT2期	
BCG	
ポリオ 1回目	
2回目	
MR・M・R (M:麻しん(はしか) R:風しん)	
1期	
2期	
日本脳炎	
1期初回 1回目	
2回目	
1期追加	
2期	

- 11 -

「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。

< 定期的予防接種 > は、法律に基づいて実施されるものです。

< 任意の予防接種 > は、希望者が医療機関で受けるものです。

M:麻しん(はしか)、R:風しんを別々に接種している場合には、2段書きにするなど、いつ何の接種をしたかが分かるように記入してください。

< 任意の予防接種 >

Hib(インフルエンザ菌6型)1期	
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日
Hib1期追加	年 月 日
肺炎球菌(7価結合型)1期	
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日
肺炎球菌(7価結合型)1期追加	年 月 日
肺炎球菌(23価結合型)	年 月 日
水痘(水ぼうそう)	年 月 日
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	
B型肝炎	
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日
A型肝炎	
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日
HPV(ヒトパピローマウイルス)	
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日
インフルエンザ	年 月 日
インフルエンザ	年 月 日
インフルエンザ	年 月 日
インフルエンザ	年 月 日
インフルエンザ	年 月 日
インフルエンザ	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

- 12 -

通所サービス利用の際などの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には、こちらに予防接種の種類と接種日を記載してください。



#### 4. 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」欄には児童デイサービスや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を記載してください。

保育所や学校名を記載してください。

通常：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、中途障がい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。

5. 福祉サービス利用の記録（居宅介護・短期入所・通園など）

■障害程度区分（児童区分は1～3）

児童・障害程度区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害程度区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害程度区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害程度区分	1・2・3・4・5・6	年	月	日	～	年	月	日
児童・障害程度区分	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”などといった福祉サービスの他、“成年後見制度についての相談”や“手帳の判定”などについて、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。

6. 家での様子【 年 月 日（ 歳 か月）現在】

■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、17ページ以降の「現在の状況」や「医療的ケアの状況」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。

■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分かりやすくなります。

■コミュニケーション手段

視覚障がい	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
聴覚障がい	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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、視聴覚障がいのありなし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。

■現在の状況【 年 月 日（ 歳 か月）現在】

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（ ）
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（ ） <input type="checkbox"/> 食事時間（ ）分
食事の姿勢	

「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、具体的な状況について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。

（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

食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <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( )
食事用具	<input type="checkbox"/> スプーン使用 <input type="checkbox"/> フォークで刺して食べる <input type="checkbox"/> 箸で食べる <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( )
1回の食事量	
補食	
水分状況	<input type="checkbox"/> 水分は飲めない <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> スプーンで一口ずつ飲ませる <input type="checkbox"/> ストローで飲む・飲ませる <input type="checkbox"/> ピジョンで飲む・飲ませる <input type="checkbox"/> コップで飲める・飲ませる <input type="checkbox"/> その他(ストローミキサー使用の有無など)
水分摂取量	<input type="checkbox"/> 一回量(約 cc) <input type="checkbox"/> 一日量(約 cc)

「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。

「水分摂取量」には、食事の際に摂る水分及び食事以外で摂る水分（水やお茶、ジュース）の量を記載してください。  
汁物の量は含みません。

排尿の状況	<input type="checkbox"/> オムツを使用 (おむつ替えの頻度・間隔) ) <input type="checkbox"/> パンツを使用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> 定時にさせる ( 時・ 時・ 時・ 時 ) <input type="checkbox"/> 排尿を知らせる <input type="checkbox"/> 尿意を知らせる <input type="checkbox"/> その他(癖など) )
排便の状況	<input type="checkbox"/> 自然に便がでる (毎日 ・ 日毎) <input type="checkbox"/> 便の状態( ) <input type="checkbox"/> オムツを使用 <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> 定時にさせる ( 時・ 時・ 時・ 時 ) <input type="checkbox"/> 排便を知らせる <input type="checkbox"/> 便意を教える <input type="checkbox"/> 浣腸・下剤を使用している (下剤名: ) (頻度: ) <input type="checkbox"/> その他( )

■福祉用具・自助具の利用状況

福祉用具・自助具の利用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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。

7. 医療的ケアの状況【 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"/> なし	(服薬状況： ) (服薬状況： ) (服薬状況： ) (服薬状況： ) (服薬状況： ) ( )
臨時薬 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方病院	( ) ( ) ( )
臨時薬 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方病院	( ) ( ) ( )
発熱時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	(平熱： ℃) ( ) ( ) ( )

「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。



<b>便秘時の対応</b> <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	( ) ( ) ( ) ( )
<b>吸引</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 口腔内 ( Fr) <input type="checkbox"/> 鼻腔内 ( Fr) <input type="checkbox"/> 気管内カニューレ ( Fr) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 吸引処置の頻度 <input type="checkbox"/> なし	呼吸障害が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 喘鳴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 日常の酸素飽和度 ( ) ( )
<b>導尿</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	( ) 時間毎 1回の尿量 約 ( ml) カテーテル ( Fr)
<b>気管切開</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 人工鼻の着脱 <input type="checkbox"/> ガーゼの交換 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> カニューレの種類 // サイズ <input type="checkbox"/> なし	( 頻度 : ) ( ) ( カフ付き・カフ無し ) ( Fr)
<b>酸素吸入</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 常時同条件での吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化により吸入 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 酸素鼻孔カニューレ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	O <sub>2</sub> ( ) l/min SpO <sub>2</sub> ( ) % 目安 ( 実施の目安 ) ( )

<b>噴霧吸入</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 常時吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化により吸入 <input type="checkbox"/> なし	(薬剤名： ) (量： ) (実施の目安 )
<b>人工呼吸器</b> <input type="checkbox"/> あり 機種 ( ) 条件モード ( ) 酸素 ( ) (%) ( ) 呼吸回数 ( ) (回/分) 一回換気量 ( ) (mℓ/回) <input type="checkbox"/> なし	
<b>栄養管理</b> <input type="checkbox"/> 経口摂取	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 栄養剤	<input type="checkbox"/> エンシュアリキッド <input type="checkbox"/> ラコール <input type="checkbox"/> メイバランス <input type="checkbox"/> テルミール <input type="checkbox"/> アミノプラス <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> 注入方法 ( ) <input type="checkbox"/> 注入時間 ( ) <input type="checkbox"/> 注入量 ( cc) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養法 <input type="checkbox"/> 口腔ネラトン法

■ 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、項目に無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。

■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>

■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：

「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」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。

