

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

【目次】

1. 地域でくらすかけはしノートについて	… 1
2. 本人の情報	… 3
■持っている手帳	… 3
■本人の住所・連絡先	… 3
■家族の住所・連絡先	… 4
■家族以外の緊急連絡先	… 4
■かかりつけの病院	… 5
■家族構成図	… 5
■家族構成	… 5
3. 家での様子	… 7
■現在の状況	… 7
■福祉用具、自助具の利用状況	… 10
■コミュニケーション手段	… 10
■一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄など）	… 11
■家庭での過ごし方・介助にあたり配慮してほしいこと	… 12
4. 医療的ケア等の状況	… 13
■医療的ケアの状況	… 13
■その他必要な医療的ケア	… 16
■病歴	… 17
5. 福祉サービス利用の記録（居宅介護・短期入所・通所など）	… 19
■障害支援（程度）区分	… 19
■事業所、相談・支援機関利用の記録	… 19
■短期入所持ち物チェックリスト	… 20
■支援機関ネットワーク図	… 21
■生活記録	… 22
6. 生育歴	… 23
■出生時の状況	… 23
■発達の記録	… 23
■身長・体重の記録	… 24
■予防接種	… 26
■療育機関・保育所・学校等の状況	… 28
7. 相談窓口等	… 29
8. 受けられるサービス	… 34
9. 保護者の願い	… 36
10. 緊急時情報提供カード	… 37

1. 地域でくらすかけはしノートについて

このノートは、心身に障がいのある方が安心して社会生活を送れるようにするためのものです。医療機関や福祉施設などで家庭と同じ支援を受けやすくするために、本人の支援に役立つ情報を保護者の方や関係機関が記入し、情報共有します。

===保護者の方へ===

- 最初に「本人の情報」、その次に「家での様子」を記載してみましょう。
- 使う目的に合わせて、少しずつ手帳の内容を記載してみましょう。

ノートは、医療機関への受診、福祉サービスの利用や相談など、さまざまな場面でお使いいただけます。

目的別

地域でくらすかけはしノートの使い方

*レスパイトサービスを受けるとき

⇒「現在の状況」「医療的ケア等の状況」「短期入所持ち物チェックリスト」へ

家庭で行っているのと同じような支援を受けやすくします。

*各支援機関と情報共有したい

⇒「福祉サービス利用の記録」へ

各支援機関がサービス等利用時の本人の状態を記録することで、保護者や各支援機関と情報共有することができます。

*災害時、緊急時に

⇒「本人の情報」「緊急時情報提供カード」へ

周りに知っている人がいなくても、本人の情報や緊急連絡先が一目でわかります。

こんな使い方も…

- *母子手帳やお薬手帳をポケットに入れて一緒に保管し、併用する。
- *災害時等もしもの時に備えて、2～3日分の薬をポケットに保管する。
- *障害福祉サービスの個別支援計画書を手帳に綴じこむ。

- いざという時にもすぐ活用できるよう、普段から家族等で保管場所を伝えあいましょう。
- 本人の成長やライフステージに合わせて、ページを追加したり差し替えたりできます。
- ページが足りなくなってきたときは・・・
岐阜県のホームページからダウンロードしていただくことができます。
<http://www.pref.gifu.lg.jp/kenko-fukushi/fukushi/shogai/kakehashi/>
なお、インターネットの環境がない場合は、お近くの保健所や子ども相談センターにて用紙をお渡ししますので、お気軽にお問い合わせください。

=== 支援者の方へ ===

- 本人の支援に役立つ情報が記載されています。サービス等利用時にお役立てください。
- サービス等利用時の本人の状態を「生活記録」に記載することで、保護者や各支援機関と情報共有することができます。
- ノートが支援のサポートツールとして定着するよう、サービス等利用時に保護者の方にノートをお持ちかどうか声かけをお願いします。

■医療機関の方へ

医療的ケアの状況や病歴、服薬の情報が記載されていますので、医療サービスの提供の際にご活用ください。

■福祉サービス事業所の方へ

障害支援（程度）区分や手帳の所持状況、これまで受けてきた福祉サービスや医療的ケアの状況のほか、本人の家庭での様子や留意点などが記載されていますので、本人の状態に合った福祉サービスの提供にご活用ください。

■相談機関の方へ

生育歴や家族構成、学校等これまで利用してきた支援機関が記載されていますので、相談を受けられる際や関係機関との連携にご活用ください。

■行政機関の方へ

手帳の所持状況や障害支援（程度）区分、福祉サービス利用の記録が記載されていますので、行政手続きなどの際の参考としてください。

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 ・ A B) (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:

■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	

■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



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 ()

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のものを食べる <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	

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"/> スプーンでー <input type="checkbox"/> 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（トロミ剤使用の有無など）
水分摂取量	<input type="checkbox"/> 一回量（約 cc） <input type="checkbox"/> 一日量（約 cc）

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"/> 自然に便ができる（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 あり なし

<具体的な状況>

■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>

■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			

■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	

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

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

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： ℃) () () ()
便秘時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	() () () ()
吸引 <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	呼吸障がい <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 () () ()
導尿 <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)
気管切開 <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：) () () () 加付き・加無し) (Fr)

<p>酸素吸入</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p><input type="checkbox"/>常時同条件での吸入</p> <p><input type="checkbox"/>体調の変化により吸入</p> <p><input type="checkbox"/>酸素マスク</p> <p><input type="checkbox"/>酸素鼻孔カニューラ</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>O₂ ()ℓ/min SpO₂ ()%目安 (実施の目安)</p> <p>()</p>
<p>噴霧吸入</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p><input type="checkbox"/>常時吸入</p> <p><input type="checkbox"/>体調の変化により吸入</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>(薬剤名：)</p> <p>(量：)</p> <p>(実施の目安)</p>
<p>人工呼吸器</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p>機種</p> <p>条件モード</p> <p>酸素</p> <p>呼吸回数</p> <p>一回換気量</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>() () ()</p> <p>() 回 / 分</p> <p>() ml / 回</p>
<p>経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p><input type="checkbox"/>経鼻チューブ () cm</p> <p><input type="checkbox"/>胃ろう</p> <p><input type="checkbox"/>腸ろう</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p><input type="checkbox"/>注入方法 ()</p> <p><input type="checkbox"/>注入時間 ()</p> <p><input type="checkbox"/>注入量 (cc)</p> <p><input type="checkbox"/>経鼻経管栄養法</p> <p><input type="checkbox"/>口腔ネラトン法</p>
<p><input type="checkbox"/>栄養剤</p>	<p><input type="checkbox"/>エンシュアリキッド</p> <p><input type="checkbox"/>ラコール</p> <p><input type="checkbox"/>メイバランス</p> <p><input type="checkbox"/>テルミール</p> <p><input type="checkbox"/>アミノプラス</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>

■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
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
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

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

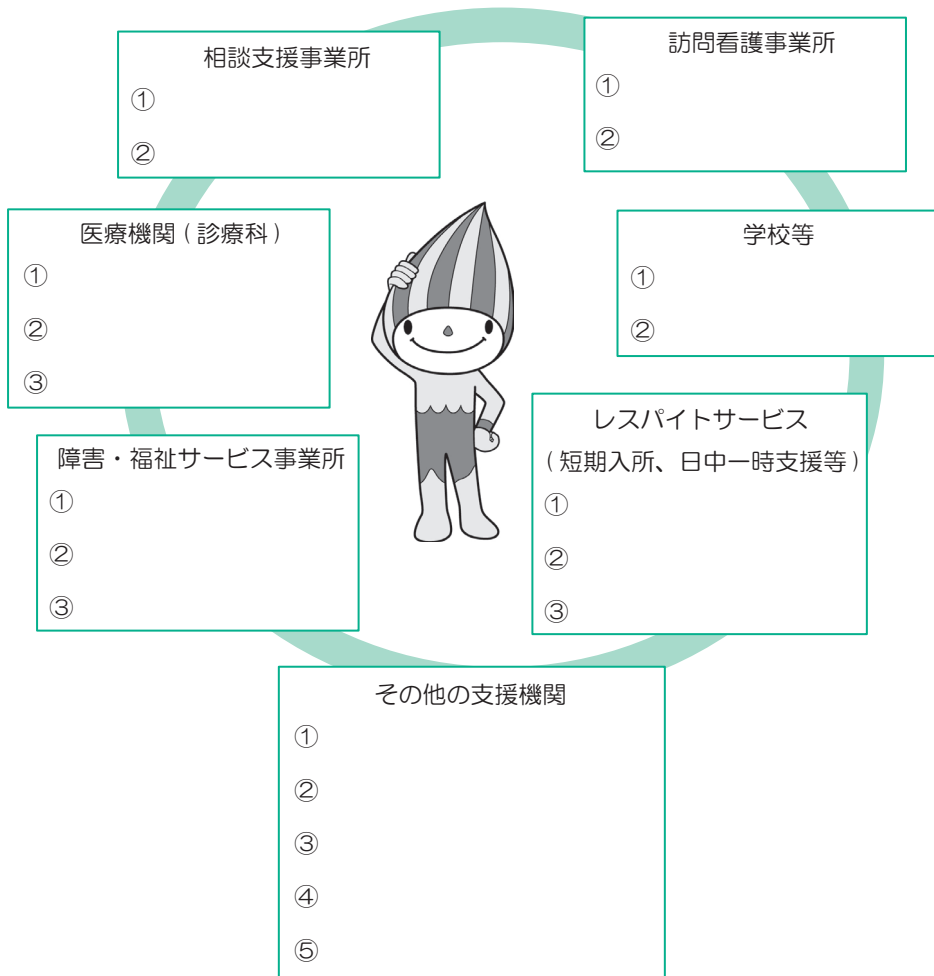
■事業所、相談・支援機関利用の記録

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)

■短期入所持ち物チェックリスト

品目名																				
受給者証																				
地域でくらすかけしノート																				
医療機関であれば診察券																				
日常生活品	スプーン																			
	特殊スプーン等自助具																			
	コップ																			
	歯ブラシ																			
	シャンプー																			
	リンス																			
	ボディーソープ																			
	エプロン																			
	BOX ティッシュ																			
	バスタオル（2～3枚、よだれなどが多い方は多めに持参ください）																			
	タオル（2～3枚、よだれなどが多い方は多めに持参ください）																			
	オムツ（利用日数分プラス予備2日分）																			
お尻拭き（利用日数分プラス予備2日分）																				
衣類	上着（利用日数分プラス2日分）																			
	ズボン（利用日数分プラス2日分）																			
	下着（利用日数分プラス2日分）																			
	靴下（利用日数分プラス2日分）																			
薬品	薬（利用日数分プラス予備2日分）																			
	現在服用されている薬の処方箋（薬剤情報提供書）																			
	処置で使用されている、坐薬、点眼薬、軟膏など																			
個別の処置物品 （自宅で使用されているすべての物をご持参ください。消耗品について最低でもご利用日数分は、ご持参ください。）	補食（おやつではなく、食事ができない時の総合栄養食）																			
	経管栄養セット（イルリガートン・注入器3本・予備の経管チューブ1本等）																			
	胃ろうセット（ガーゼ・コネクター等）																			
	導尿セット（セクションと消毒用容器・クリーンコットン回数分・ネラトンチューブ回数分等）																			
	気管切開のセット（蒸留水・Yカットガーゼ・固定紐・テープ・予備のカニューレ・人工鼻・吸引チューブ・酒精綿等）																			
	褥そう処置セット																			
	吸引チューブ																			
	人工呼吸器（人工呼吸器の指示箋・アンビューバック）																			

■支援機関ネットワーク図（ 年 月現在、 歳）



■生活記録 （ 年 月～ ）

各支援機関で記載することで、本人の状態を共有することができます。

日付	支援機関名	時刻	体温	心拍数	呼吸数	SpO2	食事	排泄	特記事項

6. 生育歴

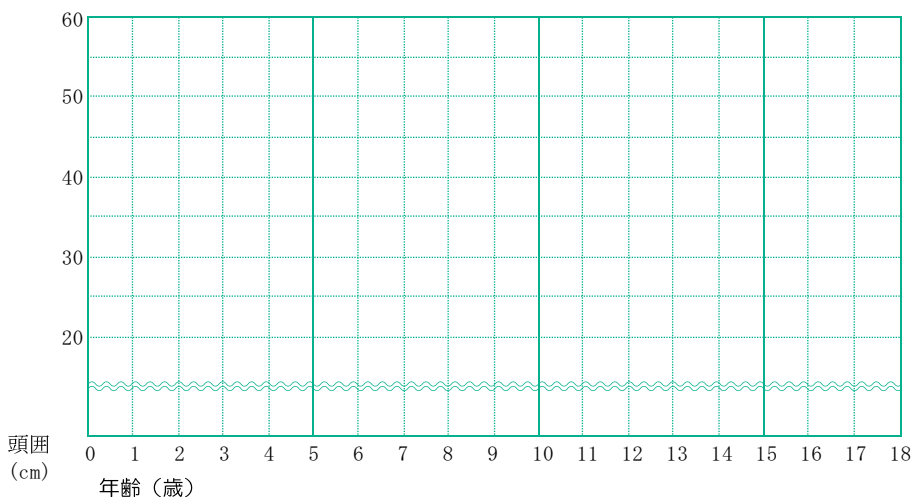
■ 出生時の状況

出生病院・医院			
電話番号			
在胎週数	週	日	
出生体重	g	頭囲	mm
アガースコア(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 >

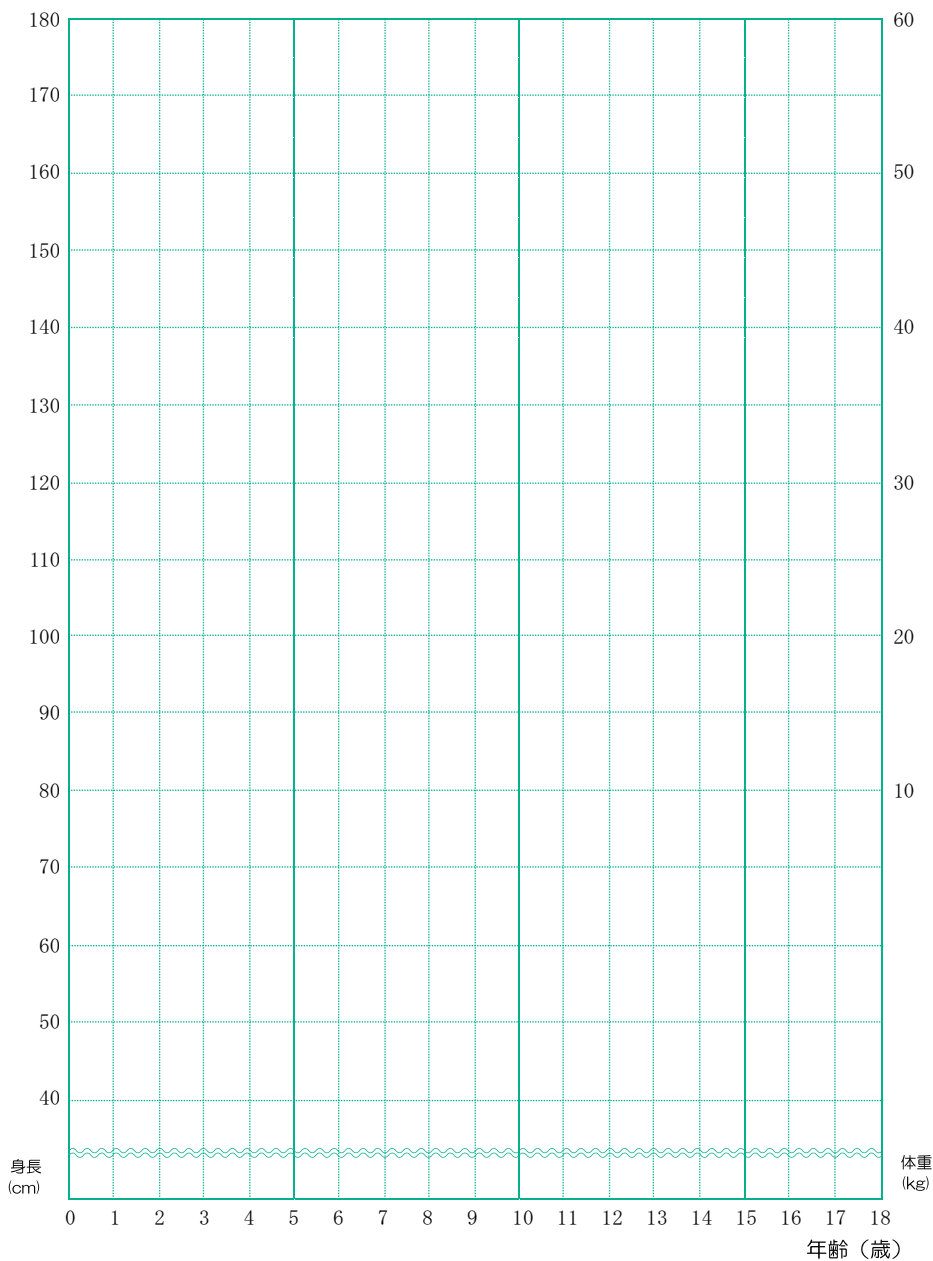


■身長・体重の記録

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
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
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
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・体重の発達記録>

身長 (cm)



■ 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。

定期的な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 2回 3回
第1期 (三種混合 : DPT) 追加	
ポリオ (急性灰白髄炎) (経口・注射)	1回
(経口・注射)	2回
	3回
	4回
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 2回 3回
第1期 (四種混合 : DPT-IPV) 追加	
ジフテリア (D) 破傷風 (T) 第2期 (二種混合 : DT)	
BCG (結核)	
麻しん (はしか) (M)・風しん (R) 第1期 (MR) 第2期 (MR)	
日本脳炎 第1期初回	1回 2回
第1期追加 第2期	
インフルエンザ菌b型 (H i b)	1回 2回 3回 追加

小児用肺炎球菌（13価結合型）	1回 2回 3回 追加	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
ヒトパピローマウイルス（HPV）	1回 2回 3回	年 月 日 年 月 日 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 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（5価のみ）
その他	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

■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	

7. 相談窓口等

■市町村の福祉相談窓口

- ・障がい福祉サービス利用に関する相談
- ・身体障害者手帳・療育手帳の申請窓口

TEL： 担当課・係名：

■市町村の保健相談窓口

- ・子どもの発育、発達、育児、予防接種に関する相談

TEL： 担当課・係名：

■身体障害者更生相談所

- ・身体障がいに関する相談、判定、指導援助
- ・身体障害者手帳取得に関する相談

〒502-0854
岐阜市鷺山向井 2563-18

電話番号
(058)231-9715

■知的障害者更生相談所

- ・知的障がいに関する相談、判定、指導援助
- ・18歳以上の療育手帳取得に関する相談（相談・判定機関）

〒500-8385
岐阜市下奈良 2-2-1（県福祉・農業会館内）

電話番号
(058)273-1111

■子ども相談センター

- ・18歳未満の子どもに関する相談等
- ・18歳未満の療育手帳取得に関する相談（相談・判定機関）
- ・施設入所に関する相談

機関名	住所	電話番号
中央子ども相談センター	〒500-8385 岐阜市下奈良 2-2-1 （県福祉・農業会館内）	(058)273-1111

西濃子ども相談センター	〒503-0852 大垣市禾森町 5-1458-10	(0584)78-4838
中濃子ども相談センター	〒505-8508 美濃加茂市古井町下古井 2610-1 (可茂総合庁舎)	(0574)25-3111
東濃子ども相談センター	〒507-8708 多治見市上野町 5-68-1 (東濃西部総合庁舎)	(0572)23-1111
飛騨子ども相談センター	〒506-0032 高山市千島町 35-2	(0577)32-0594

■保健所等

・子どもの発育、発達、育児に関する相談

機関名	住所	電話番号
岐阜保健所	〒504-0838 各務原市那加不動丘 1-1 (岐阜県健康科学センター)	(058)380-3002
西濃保健所	〒503-0838 (西濃総合庁舎) 大垣市江崎町 422-3	(0584)73-1111
関保健所	〒501-3756 (中濃総合庁舎) 美濃市生櫛 1612-2	(0575)33-4011
中濃保健所	〒505-8508 (可茂総合庁舎) 美濃加茂市古井町下古井 2610-1	(0574)25-3111
東濃保健所	〒507-8708 (東濃西部総合庁舎) 多治見市上野町 5-68-1	(0572)23-1111
恵那保健所	〒509-7203 (恵那総合庁舎) 恵那市長島町正家後田 1067-71	(0573)26-1111
飛騨保健所	〒506-8688 (飛騨総合庁舎) 高山市上岡本町 7-468	(0577)33-1111
岐阜市健康増進課	〒500-8309 岐阜市都通 2-19	(058)252-7193

■特別支援学校（就学に関する相談）

<県立>

対象障がい	学校名	設置部等	住所 電話番号
視覚	岐阜盲学校	小/中/ 高/高専	〒500-8807 岐阜市北野町 70-1 (058) 262-1255
聴覚	岐阜聾学校	幼/小/ 中/高/ 高専	〒500-8488 岐阜市加納西丸町 1-74 (058)271-3700
知的	大垣特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒503-0963 大垣市西大外羽 1-227-1 (0584)89-4816
	中濃特別支援学校	小/中/ 高	〒501-3938 関市桐ヶ丘 2-3 (0575)24-1773
	東濃特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒509-5101 土岐市泉町河合根の上 1127-10 (0572)55-4821
	飛騨特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒506-0058 高山市山田町 831-44 (0577)34-7122
肢体	関特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒501-3938 関市桐ヶ丘 1-2 (0575)22-4238
	岐阜希望が丘特別支援学校	小/中	〒502-0854 岐阜市鷺山向井 2563-57 (058)231-6500
知肢併置	郡上特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒501-4603 郡上市大和町栗巣 32-1 (小中学部) (0575)88-3020
			〒501-4237 郡上市八幡町那比 3068(高等部) (0575)63-0020
知肢病併置	岐阜本巣特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒501-1184 岐阜市西秋沢 2-363-1 (058)239-9712

知肢病 併 置	揖斐特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒501-1313 揖斐郡揖斐川町谷汲深坂 2760 (0585)56-0050
	海津特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒503-0321 海津市平田町今尾 3885-2 (0584)66-2888
	可茂特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒505-0016 美濃加茂市牧野 2007-1 (0574)28-3150
	恵那特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒509-7403 恵那市岩村町 133-3 (0573)43-4857
	下呂特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒509-2203 下呂市小川 432-1 0576-24-1016
病 弱	飛騨古城特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒509-4222 飛騨市古川町片原町 8-127 0577-73-3600
	長良特別支援学校	小/中/ 高/訪問	〒502-0071 岐阜市長良 1237-1 (058)233-7418
	飛騨特別支援学校 高山日赤分校	小/中	〒506-0025 高山市天満町 3-41-1 (0577)34-3637

<市立>

知 的	岐阜市立岐阜特別支援学校	小/中/ 高	〒501-1176 岐阜市小西郷 3-120-2 (058)239-2821(事務室) (058)239-0265(小中学部) (058)234-5003(高等部)
	各務原市立各務原養護学校	高	〒504-0836 各務原市那加雲雀町 1 (058)383-1268

■関係団体

- ・岐阜県重症心身障害児（者）を守る会
調査、療育相談、研修、研究会、懇談会など

〒501-1114 岐阜市今川 24-3	電話番号 (058)230-1657
-------------------------	-----------------------

■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：

T E L：

担当者：

事業所名：

T E L：

担当者：

事業所名：

T E L：

担当者：

事業所名：

T E L：

担当者：

事業所名：

T E L：

担当者：

事業所名：

T E L：

担当者：

事業所名：

T E L：

担当者：

8. 受けられるサービス

障がいのある方が受けることのできる主なサービスについての概略が記載してあります。利用される方の事情やお住まいの市町村によって、受けられるサービスやその内容が異なることがあります。

サービスの利用を希望される場合には、市町村の障がい福祉担当窓口へお問い合わせください。

■身体障害者手帳・療育手帳の交付

身体又は知的障がいのある方に対し、手帳が交付されます

- ・ 身体障害者手帳：申請書に指定医師の診断書を添付してください。
- ・ 療育手帳：申請後、子ども相談センター（18歳未満）または知的障害者更生相談所（18歳以上）にて判定を受ける必要があります。

■自立支援給付で受けられるサービス

障がい者の心身の状況に応じて、居宅介護（ホームヘルプ）、短期入所（ショートステイ）、療養介護などのサービスが受けられます。（所得に応じた利用者負担があります。）

- ・ 18歳以上の方については申請ののち、聞き取り調査などを経て障害支援（程度）区分認定を受ける必要があります。
- ・ 18歳未満の児童は保護者が申請者となり、市町村の聞き取り調査などを経て支給決定されます。

■重度心身障がい者の医療費助成

1～3級の身体障害者手帳の交付を受けている人、A1、A2、B1の療育手帳の交付を受けている人（市町村によって対象範囲は異なります。）に対し、医療費の助成制度があります。（所得制限があります。）

■特別児童扶養手当

精神（知的障がいを含む）又は身体に法令に定める程度の障がいがある20歳未満の児童を監護又は養育している父母又は養育者に対し、障がい程度に応じた手当が支給されます。

所得による支給制限があります。また、児童が施設に入所中のとき、法に定める公的年金を受給しているときには支給されません。

■障害児福祉手当

精神（知的障がいを含む）又は身体に法令で定める程度の重度の障がいがあるため日常生活において常時の介護を要する20歳未満の障がい児の方に対し、手当が支給されます。（特別児童扶養手当と同様の支給制限があります。）

■障害基礎年金

20歳以上で、国民年金法に定める程度の障がいを有し、次のいずれかに該当する方に対し、障がい程度に応じた障害基礎年金が支給されます。

- ① 20歳になる前に、けがや病気で障がい者となった方（この場合、本人の所得により支給制限があります。）
- ② 国民年金に加入中にけがや病気で障がい者となった方（保険料納入に関する条件があります。）

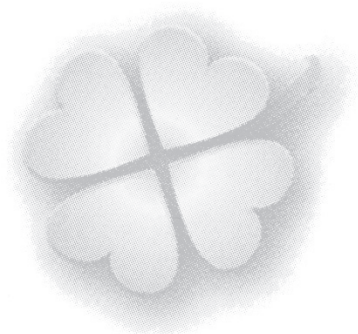
■特別障害者手当

精神（知的障がいを含む）又は身体に法令で定める程度の著しく重度の障がいがあるため日常生活において常時特別の介護を要する20歳以上の障がい者の方に対し、手当が支給されます。（特別児童扶養手当と同様の支給制限があります。）

■岐阜県の障がい者福祉に関する情報

「岐阜県障がい者福祉の手引」ホームページアドレス

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



9. 保護者の願い

<支援者に望むこと、願いなど、自由にご記入ください>

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：

Tell () —

第2救急搬送病院：

Tell () —

かかりつけ医：

Tell () —

○疾病名

○アレルギー

あり ・ なし

(アレルギー：)

(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

○普段飲んでいる薬

○特記事項

※急変時の状態、行っている処置等

例) けいれん発作時の薬と量、移動させる時の留意事項 等



2011年11月発行
2014年 3月改訂

編集：岐阜県

TEL：058-272-8314

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

岐阜県の福祉サービスに関する情報

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