

マ
ー
ク
ス

プロフィール
・ブック
(ご本人の基本情報)

— <お願い> —

※各シートの表裏の構成が崩れないように、
必ず表紙の裏面は白紙で刷りだしてください。

プロフィール

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
保護者氏名	(続柄:)		血液型	A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明 (Rh + ・ -)
住所	〒 滋賀県		本人の連絡先	(自宅 ・ 職場 ・ 携帯)
			保護者の連絡先	(自宅 ・ 職場 ・ 携帯)
家族氏名	続柄	生年月日	職業	備考
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ()	
家族関係図			<p>(記入例)</p> <p> (死亡) 祖母 祖父 祖母 (離婚) 父 ————— 母 兄 本人 妹 ※同居を囲む </p>	

プロフィール

<診断の内容>

診断名・病名・障害名	診断を受けた時期	診断機関・診療科（医師名）	備考
	年 月 日（ 歳）	（ ）	
	年 月 日（ 歳）	（ ）	
	年 月 日（ 歳）	（ ）	

<取得している手帳>

身体障害者 手帳	障害部位	種別・等級	取得または更新日
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）

療育手帳	障害の程度	種別・等級	取得または更新日
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）
			年 月 日（ 歳）

精神障害者 保健福祉手帳	障害名	障害の程度	等級	取得または更新日
				年 月 日（ 歳）
				年 月 日（ 歳）
				年 月 日（ 歳）
				年 月 日（ 歳）
				年 月 日（ 歳）

生育歴

<母の状況>

※母子健康手帳とともに保管する場合には、記入は不要です。

妊娠中			
妊娠経過	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 切迫流早産（ 週時） <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 強いつわり（ 週時） <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症（ 週時） <input type="checkbox"/> 服薬（つわりどめ ・ 造血剤 ・ 流産予防剤 ・ その他（ ）） <input type="checkbox"/> 入院（ 週～ 週 理由： ）		
その他 気になる エピソード			
出産時			
両親の年齢	父	歳	母
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
分娩	<input type="checkbox"/> 自然分娩（ 軽い ・ 普通 ・ 難産 ） <input type="checkbox"/> 帝王切開（理由： ） <input type="checkbox"/> 前早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩		
その他 気になる エピソード			

<子の状況>

※母子健康手帳とともに保管する場合には、記入は不要です。

出生時				
在胎期間	週	日	生下時体重	g
身長	cm	頭囲	cm	胸囲
アpgアスコア	点	出生直後の状態	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常	
出生後の問題	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発育不良（ ） <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（ ）			
処置内容	<input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 光線療法（ 時間） <input type="checkbox"/> 保育器（ 日間） <input type="checkbox"/> 酸素吸入（ 時間） <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（ ）			
先天性代謝異常検査	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常 ・ <input type="checkbox"/> 未受検			
出産した病院				
その他 気になる エピソード				

医療情報

<基礎疾患など>

禁忌薬 (飲んではいけない薬)		□無 ・ □有	薬名	
			服用の目的	
アレルギー	食物	□無 ・ □有	原因	
	薬	□無 ・ □有	原因	
てんかん		□無 ・ □有	タイプ	
持病 (慢性的な病気)		□無 ・ □有	病名	

<今までにかかった大きな病気・ケガ>

病名	病気になった時期 ケガをした時期	病状・合併症・医療機関名・入院期間など
	年 月 日 (歳)	

<かかりつけ医療機関>

診療科	医療機関名	主治医	連絡先電話番号

医療情報

記入日（ 年 月 日） 記入者（ ）

<特別な医療や処置（定期的に、あるいは頻回に受けているもの）>

処置や対応の内容	
<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 透析
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう）
<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置
<input type="checkbox"/> 褥創（床ずれ）	
<input type="checkbox"/> 吸引処置（ 回/日 一時的・継続的）	<input type="checkbox"/> 酸素療法
<input type="checkbox"/> ストーマの処置	
<input type="checkbox"/> モニター測定（ 酸素飽和度 ・ 血圧 ・ 心拍 ・ その他（ ））	
<input type="checkbox"/> カテーテル（ 留置 ・ コンドーム型 ・ その他（ ））	
<input type="checkbox"/> 疼痛の看護（ ）	<input type="checkbox"/> 体位交換（ ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
安全な処置や対応のための留意事項	
上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報をお書きください。	
その他注意してほしいこと、支援してほしいこと	

<体質について>

<input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい	<input type="checkbox"/> かぶれやすい（部位： ）
<input type="checkbox"/> 発熱をしやすい	<input type="checkbox"/> よく嘔吐する
<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい	<input type="checkbox"/> 便秘をしやすい
<input type="checkbox"/> 関節が外れやすい（部位： 肘 ・ 肩 ・ その他（ ））	（ 左 ・ 右 ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
緊急時の注意点	
例えば、喘息などの重度の持病がある場合の注意点、ケガをしたときに医師へどのように本人のことを伝えるか、本人にどのように治療のことを伝えるかなどをお書きください。	
その他注意してほしいこと、支援してほしいこと	

医療機関受診の記録

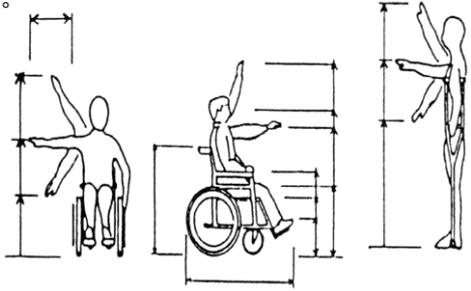
<常用薬>

薬名（処方期間）	処方の目的 副作用等	服用状況			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			

福祉用具

* 一つの福祉用具につき、一枚作成してください。

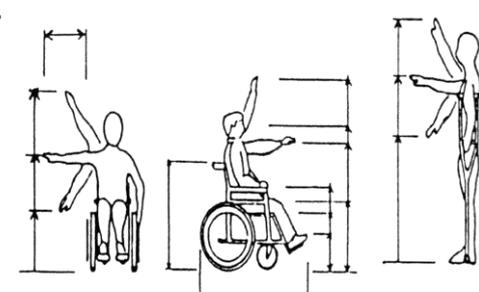
* 可能であれば、リハビリの先生などに確認してください。

導入時期	年 月 日 (歳)	交付自治体名		
機器等の種類	<input type="checkbox"/> 補装具 ・ <input type="checkbox"/> 日常生活用具 ・ <input type="checkbox"/> 自助具 ・ <input type="checkbox"/> その他()			
機器等の名称				
納入元		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 月 日
操作方法 ・ メンテナンス ・ 留意事項	<p>※昼間（夜間）のみ使用する、てんかん発作の起こりそうなどときには装着しない、定期的に主治医と装着状態について確認する、など関わる人に知ってほしいことをお書きください。</p>			
寸法等	<p>※支援・補助内容等を記載してください。 ※必要に応じて、機器等の写真を貼付してください。</p> <div style="text-align: center;">  </div>			

福祉用具

*一つの福祉用具につき、一枚作成してください。

*可能であれば、リハビリの先生などに確認してください。

導入時期	年 月 日 (歳)	交付自治体名		
機器等の種類	<input type="checkbox"/> 補装具 ・ <input type="checkbox"/> 日常生活用具 ・ <input type="checkbox"/> 自助具 ・ <input type="checkbox"/> その他()			
機器等の名称				
納入元		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 月 日
操作方法 ・ メンテナンス ・ 留意事項	<p>※昼間（夜間）のみ使用する、てんかん発作の起こりそうなどときには装着しない、定期的に主治医と装着状態について確認する、など関わる人に知ってほしいことをお書きください。</p>			
寸法等	<p>※支援・補助内容等を記載してください。 ※必要に応じて、機器等の写真を貼付してください。</p> <div style="text-align: center;">  </div>			

所属歴 1

<保育園・幼稚園・幼児園・こども園・小学校・中学校等>

年齢	所属園名	組	担任名
0歳児			
1歳児			
2歳児			
3歳児			
4歳児			
5歳児			

学年	所属学校名	組	担任名
小1			
小2			
小3			
小4			
小5			
小6			

学年	所属学校名	組	担任名
中1			
中2			
中3			

