

# プロフィール ブック

## 記入例

### 目次

わたし（ぼく）のサポートマップ	プロフィール	1
基本事項	プロフィール	2
家系図	プロフィール	3
医療情報（1）保険証・受給者証など	プロフィール	4
医療情報（2）かかりつけの医療機関	プロフィール	5
医療情報（3）常用薬・その他薬の記録	プロフィール	6
医療情報（4）大きな病気・ケガなど	プロフィール	7
医療情報（5）予防接種の記録	プロフィール	8
医療情報（6）定期通院・健診の記録	プロフィール	9
医療情報（7）入院の記録	プロフィール	10
医療情報（8）医療的ケア【要約版】	プロフィール	11
医療情報（9）補装具等	プロフィール	12
医療サポート（1）情報シート	プロフィール	13
医療サポート（2）コミュニケーションシート	プロフィール	14
歯科医療サポート（1）情報シート	プロフィール	15
歯科医療サポート（2）コミュニケーションシート	プロフィール	16
福祉支援手帳・福祉支援の情報	プロフィール	17
生育歴 生まれる前から3歳までの状況	プロフィール	18
所属歴（1）園、学校の所属歴	プロフィール	19
所属歴（2）住まいの場、働く場	プロフィール	20
訓練・検査・その他の記録	プロフィール	21
その他	プロフィール	22

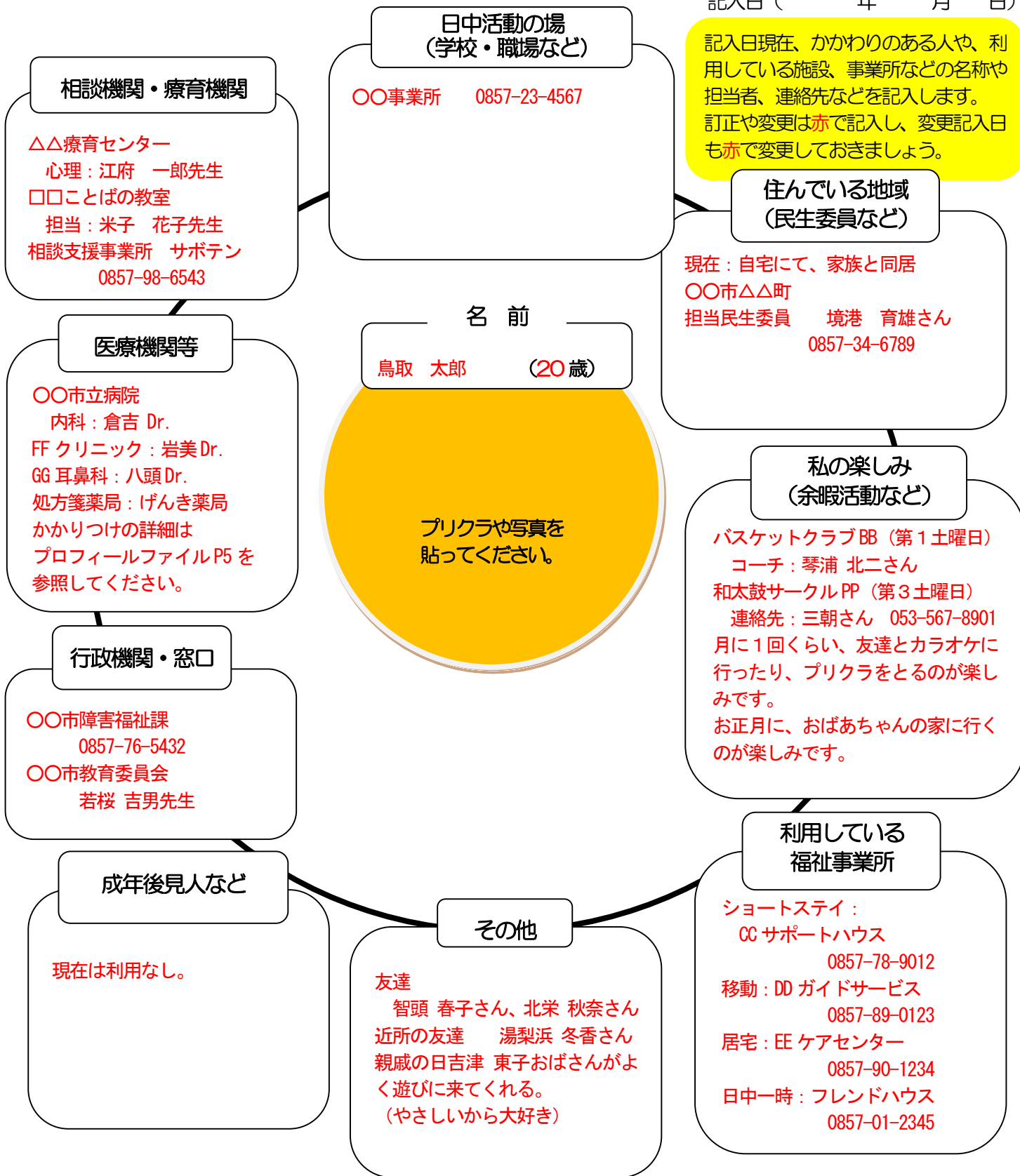


名前： \_\_\_\_\_

わたし（ぼく）のサポートマップ

記入日（ 年 月 日）

記入日現在、かわりのある人や、利用している施設、事業所などの名称や担当者、連絡先などを記入します。訂正や変更は赤で記入し、変更記入日も赤で変更しておきましょう。



※わたしの（ぼくの）まわりにある支援を書き込んでみましょう。

### 基本事項

記入日 (      年      月      日 )

ふりがな    とっとり たろう 氏名        鳥取 太郎		性別 男 ・ 女		血液型 (      年      月      日 検査) A ・ B ・ O ・ AB (Rh + ・ -)		
		愛称 (いつも呼ばれている呼び名)		生年月日 H4年    5月 10日生		
住所	〒680-△△△△ 鳥取市□□町○○-○○			電話	0857-○○-○○○○	
避難地	××小学校		避難所			
連絡順位	家族氏名	続柄	同居別居	生年月日	電話番号	備考 (同居でない場合、住所または連絡先の会社名や携帯番号など)
1	鳥取 清子	母	同居	S.45.2.26	0857-○○-○○○○	090-1234-5678
2	鳥取 静夫	父	同居	S.40.11.8	0857-○○-○○○○	
3	鳥取 宮子	祖母	同居	S.13.3.26	0857-○○-○○○○	
4	鳥取 寛一	祖父	同居	S.9.11.29	0857-○○-○○○○	
5	日野 吉夫	叔父	別居	S.44.9.30	0858-○○-○○○○	鳥取株式会社

その他の緊急連絡先

	氏名	続柄	連絡先	備考
1	南部 登	伯父	0858-○○-○○○○	
2	日吉津 東子	伯母	0858-○○-○○○○	

診断名など	精神遅滞
-------	------

持病 (基礎疾患) ・ 体質等

持病 (慢性的な病気)	なし ・ あり (病名 )
常用薬 (いつも飲んでいる薬)	なし ・ あり (薬名 ) ※薬による飲食物の制約 ( 服薬中卵は食べてはいけない )
禁忌薬 (飲んではいけない薬)	なし ・ あり (薬名 )
てんかん	なし ・ あり (タイプ: )
アレルギー	食物アレルギー    なし ・ あり (原因: )
	薬アレルギー        なし ・ あり (原因: )
	その他                ハウスダスト ・ 動物 ・ 寒冷

持っている手帳など

療育手帳	なし ・ あり ( A ・ B )
身体障害者手帳	なし ・ あり ( 種 級 障害名 )
精神障害者保健福祉手帳	なし ・ あり ( 2 級 )

本人の状態

コミュニケーション	会話できる ・ 会話できない ・ 単語 ・ 絵カードや写真 ・ サイン ( ) その他 ( )
指示の理解	おおむね理解できる ・ 理解できることもある ( ) ・ 理解できない
情緒の安定	常に安定 ・ 場合により不安定になる ( ) ・ 常に不安定
危険の回避	理解できる ・ 飛び出しあり ・ 車 ・ 人 ・ 火 ・ 水 ・ 物 ( )
移動	ひとりで歩行できる ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 車椅子や補装具を使用
食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 偏食が激しい ・ 過食 ・ 少食
排泄	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 洋式 ・ 和式 ・ どちらでも
マヒの有無	なし ・ あり (部位 )    医療的ケアの有無    なし ・ あり



# 医療情報 (1)

健康保険証・乳児医療受給者証・介護保険証

記入日 (            年    月    日)

健康保険証記号番号	・国保 ・健保 (協会・組合) ・共済    ・その他 (            )	保険者番号	△△△△△△
		記号番号	●●●●●●
重度心身障害児者医療費助成金受給者証	なし・あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
自立支援医療受給者証 (育成・更生・通院公費)	なし・あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
小児慢性特定疾患医療受給券	なし・あり	公費負担番号	
		公費負担医療受給者番号	
乳幼児医療費受給者証	なし・あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
介護保険被保険者証	なし・あり 要支援・要介護 区分 (            )	被保険者番号	
		認定有効期間	年    月    日

主たる診断名 (障害名)

記入日 (            年    月    日)

診断名など	医療機関名
精神遅滞	○○医療センター (診断日 H10 年 4月)

特に気をつけてもらいたい症状 (けいれん、心臓病、ぜんそく、アレルギーなど)

病名	症状	対応
	医療機関名 TEL (            )    -	主治医
	医療機関名 TEL (            )    -	主治医
	医療機関名 TEL (            )    -	主治医

体質について (○印を)

<input type="checkbox"/>	かぜをひきやすい	<input type="checkbox"/>	かぶれやすい (部位:            )
<input type="checkbox"/>	下痢をしやすい	<input type="checkbox"/>	関節がぬげやすい (部位: 肘 肩 その他            ) 左・右
<input type="checkbox"/>	便秘しやすい	その他	
<input checked="" type="checkbox"/>	よく吐く		

## 医療情報 (2)

かかりつけの医療機関

記入日 (            年    月    日 )

診療科	病院・診療所名等	主治医
		診察券 No.
		初診日
内科	○○市立病院 TEL (0857) 12- 3456	主治医：倉吉 Dr. ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
歯科	FF クリニック TEL (       )       -	主治医：岩美 Dr ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
耳鼻科	GG 耳鼻科 TEL (       )       -	主治医：八頭 Dr ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
	TEL (       )       -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
	TEL (       )       -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
	TEL (       )       -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
	TEL (       )       -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日
	TEL (       )       -	主治医： ----- 診察券 No. ----- 初診日            年    月    日

### 医療情報（3）

常用薬・その他薬の記録（処方終了した薬には赤で線を引きましょう）

「お薬手帳」のコピーや薬の説明書（調剤説明書）などを一緒にファイルしておきましょう。

薬名（処方期間）	何の薬 （処方目的、副作用等）	服用状況			
		服薬時間	量・形状	服薬時間	量・形状
△△△△  年 月 ～ 年 月	精神安定	毎朝	2 包 錠	食後	包・錠
		昼	包・錠	食間	包・錠
		夕	1 包 錠	就寝前	包・錠
		その他	包・錠	時	包・錠
		飲み方			
年 月 ～ 年 月		毎朝	包・錠	食後	包・錠
		昼	包・錠	食間	包・錠
		夕	包・錠	就寝前	包・錠
		その他	包・錠	時	包・錠
		飲み方			
年 月 ～ 年 月		毎朝	包・錠	食後	包・錠
		昼	包・錠	食間	包・錠
		夕	包・錠	就寝前	包・錠
		その他	包・錠	時	包・錠
		飲み方			
年 月 ～ 年 月		毎朝	包・錠	食後	包・錠
		昼	包・錠	食間	包・錠
		夕	包・錠	就寝前	包・錠
		その他	包・錠	時	包・錠
		飲み方			
年 月 ～ 年 月		毎朝	包・錠	食後	包・錠
		昼	包・錠	食間	包・錠
		夕	包・錠	就寝前	包・錠
		その他	包・錠	時	包・錠
		飲み方			

薬の飲み方 飲ませ方 うまくいく方法	
--------------------------	--

## 医療情報（４）

今までにかかった大きな病気

記入日（           年    月    日）

感染症名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻疹（はしか）	済・未	○年 ○月 ○日 歳頃	
風しん（三日はしか）	済・未	○年 ○月 ○日 歳頃	
水痘（水ぼうそう）	済・未	○年 ○月 ○日 歳頃	
おたふくかぜ	済・未	○年 ○月 ○日 歳頃	
結核	BCG 済・未	○年 ○月 ○日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	

※予防接種は母子健康手帳を参照

その他既往症・大きな病気・ケガなど

既往症	かかった時期	病状・医療機関など
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	



# 医療情報 (5)

予防接種の記録

記入日 (            年    月    日)

予防接種		済 ・ 未	接種年月日	歳頃	病状・合併症など
BCG		済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
ポリオ		済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
		済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
三種混合Ⅰ期	1回	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
	2回	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
	3回	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
	追加	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
二種混合		済 ・ 未	年 月 日		
麻しん (はしか)		済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
風しん (三日はしか)		済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
日本脳炎Ⅰ期	1回	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
	2回	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
	追加	済 ・ 未	○年 ○月 ○日		
日本脳炎Ⅱ期		済 ・ 未	年 月 日		
水痘 (水ぼうそう)		済 ・ 未	年 月 日		
おたふくかぜ		済 ・ 未	年 月 日		
MR ワクチン		済 ・ 未	年 月 日		
ヒブワクチン		済 ・ 未	年 月 日		
肺炎球菌ワクチン		済 ・ 未	年 月 日		
子宮頸がん ワクチン	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
インフルエンザ		接種する 接種しない	毎年・毎年とは限らない 理由：		

# 医療情報（6）

定期的な通院・健康管理・定期健康診断

記入日（      年      月      日）

実施病院・実施場所	通院や定期健診の回数 回／月・回／年	通院や健康診断内容・備考
〇〇療育センター	1回／1年	血液検査・診察

# 医療情報（7）

入院の記録 ※診断された診断名や、治療の内容、対処結果などを記入しましょう。 記入日（ 年 月 日）

年月日	医療機関名	入院や治療の内容
○年 ○月 ~ ○年 ○月  年齢：	○○中央病院  主治医：	骨折
年 月 ~ 年 月  年齢：	主治医：	
年 月 ~ 年 月  年齢：	主治医：	
年 月 ~ 年 月  年齢：	主治医：	
年 月 ~ 年 月  年齢：	主治医：	

# 医療情報 (8)

医療的ケア 【要約版】

記入日 (      年      月      日)

氏名	ふりがな <b>とっとり たろう</b> <b>鳥取 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	愛称	歳	通っているところ	
緊急連絡先	0857-00-0000	血液型	身長	体重	平熱	
診断名	<b>精神遅滞</b>	0	cm	kg	度	
健康・ 体質	病気がち ・ 汗が出にくい ・ 熱がこもる アレルギー (      ) ・ 体温調節不調 その他 (      )	常用薬	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり	1 種類		
食事関係	経口摂取 (口から食べる)	口から食べる: できない ・ <input checked="" type="radio"/> できる ⇒ 介助: 不要 ・ <input checked="" type="radio"/> 必要 嚥下障害 <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ⇒ (誤嚥性肺炎の経験 なし ・ あり ) 姿勢: 食事形態: 刻み食 ・ ミキサー食 ・ ペースト食 ・ ペースト食 (とろみ付き) 水分摂取時にとろみ付加: <input checked="" type="radio"/> 不要 ・ 必要 (どの程度:      )				
	経管栄養: 経鼻	管の太さ (      ) Fr      鼻に止める位置 先端から (      ) cm				
	経管栄養: 胃ろう (腸ろう)	PEG 製品名 (      ) (太さ      Fr ・ 長さ      cm) 形態: 外部 ( ボタン型 ・ チューブ型 )      内部 ( バンパー型 ・ バルン型 ) 交換の頻度 (      )      バルンの水 (      ml 固定)				
	経管栄養剤等	エンシュアリキッド ・ ラコール ・ その他 (製品名:      ) ミキサー食 (内容:      程度:      )				
	注入時の注意	姿勢      その他				
	注入する 栄養剤の量  注入方法	1日の総カロリー量目安 (      ) Kcal 朝食 時 (      ) ml 白湯 (      ) ml その他 (      :      ) ml 昼食 時 (      ) ml 白湯 (      ) ml その他 (      :      ) m 夕食 時 (      ) ml 白湯 (      ) ml その他 (      :      ) m ほか 時 (      ) ml 白湯 (      ) ml その他 (      :      ) m 1回の注入時間 (      ) 分      注意事項 (      )				
呼吸器関係	気管カニューレ	製品名 (      ) 管の内腔 (      ) mm カフ ( なし ・ あり ) 交換の頻度 (      ) ごと      交換している人・病院 (      ) ネブライザー (吸入) 必要なし ・ 必要あり (薬剤名      ) 吸引カテーテル (太さ      Fr ) の挿入の長さ (      ) cm まで (厳守) 吸引の頻度 ( 随時 ・      分ごと ・      時間ごと ・ 喘鳴時 ・ その他      )				
	酸素使用	夜間のみ ・ 24時間 ・ その他 (      ) 酸素使用量 (      l/min)				
	呼吸器条件	( SIMV ・ CMV ・ CPAP ・ RR ・ PIP ・ PEEP など )				
排泄	排尿・排便	導尿の必要 <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ⇒ 1日      回 (      時間ごと) カテーテルの太さ (      Fr) 下剤の必要 <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ⇒ (      日に1回 下剤: 種類      量      )				
てんかん発作時対応		対応の必要 <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり      投薬の必要 なし ・ あり				

# 医療情報（9）

導入時の年齢（ 歳） 交付自治体（ ） 記入日（ 年 月 日）

補装具等（※可能であればリハビリの先生などに記入してもらうことが望ましいでしょう。）				
記入者	所属	××病院	職名	
	氏名	〇〇 △△	連絡先	0857-〇〇-〇〇〇〇
機器等の種類	補装具 ・ 日常生活用具 ・ 自助具 ・ その他（ ）			
機器等の名称	車いす			
業者	所属	××事業所	職名	係長
	氏名	〇〇 △△	連絡先	0857-〇〇-〇〇〇〇
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	
操作方法・留意事項				
寸法等	 <p>※支援・補助内容などを記載。 必要に応じて、機器等の写真を貼付。</p>			



## 医療サポート（2）コミュニケーションシート

【患者氏名】 鳥取 太郎 ( 歳)		
受診時の症状	治療中の様子、治療後の注意 — 担当医より —	治療後の様子、質問など — 付き添いの方より —
○年 ○月 ○日	<p style="color: red;">静かにきちんと治療を受け、話も聞きました。 薬が変わったので確認してください。</p> <p>担当医：△△</p>	
年 月 日	<p>担当医：</p>	
年 月 日	<p>担当医：</p>	
年 月 日	<p>担当医：</p>	





## 歯科医療サポート（２）コミュニケーションシート

【患者氏名】 鳥取 太郎 ( 歳)		
今日行った治療	治療中の様子、治療後の注意 — 担当医より —	治療後の様子、質問など — 付き添いの方より —
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・何もできなかった</li> <li>・待合室・診療室に入れた</li> <li>・口腔内の観察</li> <li>・歯磨き指導</li> <li>・治療 <input checked="" type="radio"/> 十分 ・不十分</li> <li>・詰め物、冠の治療</li> <li>・歯の根の治療</li> <li>・抜歯</li> <li>・入れ歯の治療</li> <li>・歯周病の治療</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	<p style="color: red;">虫歯の治療が終了しました。あとは定期的に診察するので、2か月後にご案内を送付します。</p> <p>担当医：△△</p>	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・何もできなかった</li> <li>・待合室・診療室に入れた</li> <li>・口腔内の観察</li> <li>・歯磨き指導</li> <li>・治療 ・十分 ・不十分</li> <li>・詰め物、冠の治療</li> <li>・歯の根の治療</li> <li>・抜歯</li> <li>・入れ歯の治療</li> <li>・歯周病の治療</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	<p>担当医：</p>	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・何もできなかった</li> <li>・待合室・診療室に入れた</li> <li>・口腔内の観察</li> <li>・歯磨き指導</li> <li>・治療 ・十分 ・不十分</li> <li>・詰め物、冠の治療</li> <li>・歯の根の治療</li> <li>・抜歯</li> <li>・入れ歯の治療</li> <li>・歯周病の治療</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	<p>担当医：</p>	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・何もできなかった</li> <li>・待合室・診療室に入れた</li> <li>・口腔内の観察</li> <li>・歯磨き指導</li> <li>・治療 ・十分 ・不十分</li> <li>・詰め物、冠の治療</li> <li>・歯の根の治療</li> <li>・抜歯</li> <li>・入れ歯の治療</li> <li>・歯周病の治療</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	<p>担当医：</p>	





# 所属歴（1）

通園施設、幼稚園、保育園、児童デイサービス事業所

記入日（           年           月           日）

施設・事業所	通園期間	クラス
△△児童相談所 TEL (0857) ○○-○○○○	( 2歳 ~ 3歳 )	組
	H6年 5月 ~ H7年 3月	組
○○学園 TEL (0857) ○○-○○○○	( 3歳 ~ 6歳 )	組
	H7年 4月 ~ H10年 3月	組
TEL (    )    —	(    歳 ~    歳 )	組
	年 月 ~ 年 月	組
TEL (    )    —	(    歳 ~    歳 )	組
	年 月 ~ 年 月	組
TEL (    )    —	(    歳 ~    歳 )	組
	年 月 ~ 年 月	組

## 小学校、特別支援学級、特別支援学校

学校名	在学期間	所 属	
○○養護学校小学部 TEL (0857) ○○ -○○○○	H11年 4月 ~ H17年 3月	1年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	2年生	普通級・特支級
TEL (    )    —	年 月 ~ 年 月	3年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	4年生	普通級・特支級
TEL (    )    —	年 月 ~ 年 月	5年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	6年生	普通級・特支級

## 中学校、特別支援学級、特別支援学校

学校名	在学期間	所 属	
○○養護学校中学部 TEL (0857) ○○ -○○○○	H17年 4月 ~ H20年 3月	1年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	2年生	普通級・特支級
TEL (    )    —	年 月 ~ 年 月	3年生	普通級・特支級

## 高等学校、特別支援学校等

学校名	所属期間	クラス	
○○養護学校高等部 TEL (0857) ○○ -○○○○	H20年 4月 ~ H23年 3月	1年生	
	年 月 ~ 年 月	2年生	
TEL (    )    —	年 月 ~ 年 月	3年生	

## 所属歴（２）

入所施設・グループホーム・ケアホーム

（記入日          年          月          日）

事業所・施設	住 所	電話番号	担当者
○○事業所 H23年 4月 ～ 年 月	鳥取市○○町○-○ 利用サービス：	0857-23-4567	
年 月 ～ 年 月	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	利用サービス：		

### 通所施設・会社・事業所・その他

事業所・施設	住 所	電話番号	担当者
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月	職種・利用サービス：		

# 訓練・検査・その他の記録

訓練や発達検査などの記録

記入日 (      年      月      日)

年月日	機関名等 (保健センター・病院・療育センター・児童相談所等)	内 容 等
H9年 8月 日  5歳 所属しているところ  学校 年	機関名：〇〇児童相談所  TEL (0857) 〇〇 -〇〇〇〇  担当者：△△Dr	発達検査
年 月 日  歳 所属しているところ  学校 年	機関名：  TEL (      )      -  担当者：	
年 月 日  歳 所属しているところ  学校 年	機関名：  TEL (      )      -  担当者：	
年 月 日  歳 所属しているところ  学校 年	機関名：  TEL (      )      -  担当者：	
年 月 日  歳 所属しているところ  学校 年	機関名：  TEL (      )      -  担当者：	

※必要に応じて、この用紙をコピーして追加しましょう。