

プロフィールページの書き方

氏名や住所、医療機関や緊急連絡先など基本情報に関することや、医療情報、手帳やサービスのこと、生育歴など記入を行います。分かる範囲で記載してみましょう。

<書き方のポイント>

- 記入欄が足りない場合は、該当部分をコピーしてつけたしたりしてかまいません。
- 書けないところは無理に記入しなくても大丈夫です。
- お世話になっている機関の方から、情報をもらって記入してみてもよいでしょう。
- 書いてみることで新たな発見もあるかもしれません。

(チェック欄)があるものは該当するものにレ(チェック)してください。そのほかは(記入例)などを参考に、具体的な状況について記入します。

プロフィールの項目

3ページ以降に記入した項目をチェック☑してください。

- 1 基本情報
- 2 緊急時の連絡先
- 3 特記事項
- 4 医療に関すること
- 5 手帳等福祉支援に関すること
- 6 心身の特徴や行動の特徴
- 7 現在の関係機関
- 8 ぼく・わたしの生活 まっぷ
- 9 生育歴・支援の経過
-
- ※上記のほか、項目があれば記載してください

1. 基本情報

ふりがな			
なまえ	学校や保育（幼稚）園、施設などをご記入ください。		
生年月日	年	月	日
住 所	電 話	戚	
性 別	血液型	靴のサイズ	
身長	体重	平熱	cm
所 属	電 話	°C	

体重や靴の大きさなども適宜更新しましょう。

cm

Kg

2. 緊急時の連絡先

①	続柄		
	携帯		
②	続柄		
	連絡先	自 宅	
		勤務先	
	住 所		

いざという時、頼りになるのは、ここに連絡すれば OK という情報。連絡の優先順に書くといいでしょ。

急な体調変化時の目安になります。ぜひご記入を！

<医療機関> 書ききれない場合にはお手数でも追加をお願いします。

①	病院名	
	主治医 (診療科目)	
	連絡先	
②	病院名	
	主治医 (診療科目)	
	連絡先	

かかりつけのお医者さんがいればお書きください。特定のお医者さんがいない場合には、無理に記入しなくても大丈夫です。

<関係者>

①	所属機関		氏名	
	連絡先			
	住所			
②	所属機関			
	連絡先			
	住所			

利用しているサービスの関係者や、いざというときに連絡をとってほしい関係者を書いておくと便利です。

3. 特記事項

緊急時こんなふうに対応してほしいとか、具体的な情報があればご記入ください。

4. 医療に関すること

診断名やお薬の情報、アレルギーの有無やてんかんなどについて記載してください。

診断名				
主治医からの 注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪ 			
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>1日何回服用するのか、1回の量なども書かれていると医療スタッフのいる支援機関は助かると思います。</p> </div>			
			服用中の薬	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ 	
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[アレルギーの内容] エビやカニを食べると発疹やかゆみあり		
てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	[発作の頻度など]		

〔特記事項〕健康情報に関する補足事項やアレルギー・てんかん等の具体的な状況などについて記入。

（記入例）看護師さんは いつも体温や血圧をはかるときにも、「今から〇〇するね。」と話をしてくれるの。急に何かをされるとびっくりしてしまうので、前もって聞いてくれると安心します。

アレルギーやてんかん時の対応などご記入ください。例えば、病院にかかったときにこんなふうに使っていますとか、ちょっとした情報で本人が楽に過ごせることもあります。

5. 手帳等福祉支援に関すること

取得している手帳			
手帳の種類	交付年月日	等級	判定機関
療育手帳		マルA・A C	
身体障害者手帳		級	
精神保健福祉手帳		級	

手帳や基本的なサービスについて記入しておく、一目で分かるので便利です。

(福祉支援に関すること)

障害支援区分(成人)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	成人 1 2 3 4 5 6
短期入所単価区分(子ども)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	子ども ① 2 3
医療費助成	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	マルフク・自立支援医療等記載
障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1級・2級等記載
その他の手当	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	受給している手当の種類等
介護保険利用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	要介護度等記載
利用しているサービス	サービス名と事業所等について 【放課後デイサービス】 ○○事業所	

6. 心身の特徴や行動の特徴

身体 の 状況

麻痺の有無	部位やその状況: ()
移動	必要 ()
食事	必要 ()
排泄	必要 ()
コミュニケーション	
更衣	必要 ()
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 介助が必要 ()
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 介助が必要 ()

ここは該当するところにチェックをつけてもらえれば OK です。特に気をつけてほしいことがあれば () 内 にご記入ください。
いろいろなことが一目で分かるので、書いてあると見る人が本人の状態をイメージしやすくなります。

知的・精神面の状況

診断名	
行動の特徴や留意点	感覚の過敏さ、こだわり、興味、不注意、コミュニケーションの特徴など

7. 現在の関係機関（ 年 月 日現在）

現在関わっている機関について記載してください。（例）学校、保育所、児童発達支援事業所、医療機関など

機関名：

担当者：

連絡先：

支援概要：

支援期間

開始年月 年 月

機関名：

担当者：

連絡先：

支援概要：

支援期間

開始年月 年 月

関わってくれている支援者が一目でわかります。

書くことでサポートの輪を
実感できると思います。

機関名：

担当者：

連絡先：

支援概要：

支援期間

開始年月 年 月 日

機関名：

担当者：

連絡先：

支援概要：

支援期間

開始年月 年 月 日



機関名：

担当者：

連絡先：

支援概要：

支援期間

開始年月 年 月 日

機関名：

担当者：

連絡先：

支援概要：

支援期間

開始年月 年 月 日

8. ぼく・わたしの生活 まっぷ

友人・仲間

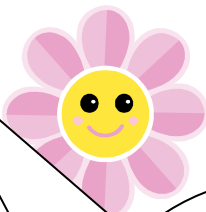
日中過ごす場所

夕方から過ごす場所

日中過ごすところ、夕方過ごすところ、よく行く場所など、書いてみると、毎日の暮らしの様子が改めて確認できます。

よく行く場所①

よく行く場所②



(自由記述)

例えば、学齢期の方は、日中過ごす場所は「学校」。よく行く場所に「ショッピングセンター」とか、「リハビリでの医療機関」など、お世話になる関係者の方に伝えたい情報を選んで書いてみてください。

特に苦手な場所や嫌いな状況などがあったら書いてみてもよいでしょう。

9. 生育歴・支援の経過

① 生育歴			
出生時の状況	女	出生体重	
<p>ここは母子手帳などから転記してもいい部分です。 これまでの生育歴や既往歴、おおまかな支援の経過などが分かります。</p>			
② 発達の経過			
くびのすわり		返り	歳 か月頃
おすわり		ずり這い	歳 か月頃
はいはい	歳 か月頃	つかまり歩行	歳 か月頃
てつなぎ歩行	歳 か月頃	歩行	歳 か月頃
泣き声でない声を出す	歳 か月頃	意味のある言葉を話す	歳 か月頃
③ 既往歴 (今までにかかった主な病気)			
病名	既往の有無	備考	
麻しん	■済 □未		
風しん	■済 □未		
水痘	■済 □未		
おたふく	■済 □未		
	□済 □未		
	□済 □未		
	□済 □未		

他にあればここに病名などをご記入ください。

④乳幼児健診の状況		
3～7ヵ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 未受診
9～12ヵ月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 未受診
1歳半健診	<input checked="" type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 未受診
3歳児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 未受診
備考（健診時の指摘事項など）		
⑤予防接種の状況		
予防接種の種類	接種の有無(回数を○)	備考
ヒブ	1・2・3・追加	
肺炎球菌	2・3・追加	
四種混合	1	
三種混合	1・2	
ポリオ	1・	
BCG	1	
二種混合	1	
麻疹・風しん	1・2	
日本脳炎	1・2・3・追加	
子宮頸がん	1・2・3	

⑥主な支援の経過 (保育所、学校、障害福祉サービスの利用など)		
支援を受けた期間	機関名称	内 容
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)	A センター	
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)	B 学校	〇〇の授業のときは、支援の先生についてもらいました。
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		
年 月 (歳 月) ~ 年 月 (歳 月)		

これまでどういう機関を利用して、どんな経過をたどっているのかについて、これからお世話になる関係機関の方にわかるように記入してみましよう。

書ききれない情報や関係機関からの追加の情報についてはどんどん別紙で追加していただいてもかまいません。