**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。

―１―

**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

[ ]

[ ]

―２―

１．基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| なまえ |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 　　　　　歳 |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 性別 |  | 血 液 型 | 　 | *靴のサイズ*cm |
| 身長 | 　Cm | 体重 | 　Kg | 平 熱 | 　　　　　℃ |
| 所　属 |  | 電 話 |  |

２．緊急時の連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名前 |  |  続柄 |  |
| 連絡先 | 自宅 |  | 携　帯 |  |
| 勤務先 |  |
| 住所 |  |
|  | 名前 |  | 続柄 |  |
| 連絡先 | 自宅 |  | 携　帯 |  |
| 勤務先 |  |
| 住所 |  |

―３―

＜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。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 病院名 |  |
| 主治医(診療科目) | 　　　　　(　　　　　　　科) |
| 連絡先 |  |
|  | 病院名 |  |
| 主治医(診療科目) | 　(　　　　　　　科) |
| 連絡先 |  |

＜関係者＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属機関 |  |  氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 住所 |  |
|  | 所属機関 |  |  氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 住所 |  |

３．特記事項

|  |
| --- |
|  |

―４―

―４―

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 | ・ |
| ・ |
| ・ |
| ・ |
| 服用中の薬 | ・ |
| ・ |
| ・ |
| ・ |
| アレルギー | [ ] 有 [ ] 無 | 〔アレルギーの内容〕 |
| てんかん | [ ] 有 [ ] 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。 |

―５ ―

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　・　AＢ　・　C |  |
| 身体障害者手帳 |  | 種　　 　級 障害の種別 |  |
|  |
| 精神保健福祉手帳 |  | 級  |  |

（福祉支援に関すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害支援区分(成人)短期入所単価区分(こども) | [ ] 有　[ ] 無 | 成　人　　１　２　３　４　５　６こども　　１　　　２　　　３ |
| 医療費助成 | [ ] 有　[ ] 無 | マルフク・自立支援医療等記載 |
| 障害基礎年金 | [ ] 有　[ ] 無 | １級・２級等記載 |
| その他の手当 | [ ] 有　[ ] 無 | 受給している手当の種類等 |
| 介護保険利用 | [ ] 有　[ ] 無 | 要介護度等記載 |
| 利用している障害福祉サービス | サービス名と事業所等について |

―６ ―

６．心身の特徴や行動の特徴

身体の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 麻痺の有無 | [ ] 無 [ ] 有（部位やその状況：　　　　　　　） |
| 移　　動 | [ ] 自立　　[ ] 見守り・声かけ　　[ ] 介助が必要[ ] 車イス・補装具（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食　　事 | [ ] 自立　　[ ] 見守り・声かけ　　[ ] 介助が必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排　　泄 | [ ] 自立　　[ ] 見守り・声かけ　　[ ] 介助が必要オムツ　[ ] 無　[ ] 有（ 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| コミュニケーション | [ ] 難しい　　　[ ] ある程度できる[ ] 本人にあわせればある程度できる |
| 更　　衣 | [ ] 自立　　[ ] 見守り・声かけ　　[ ] 介助が必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入　　浴 | [ ] 自立　　[ ] 見守り・声かけ　　[ ] 介助が必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 整　　容 | [ ] 自立　　[ ] 見守り・声かけ　　[ ] 介助が必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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― |

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　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―

|  |
| --- |
| 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

よく行く場所①



よく行く場所②

（自由記述）

よく行く場所③

（自由記述）

―９―

９．生育歴・支援の経過

|  |
| --- |
| **① 生育歴** |
| 出生時の状況 | 在胎週数 |  | 出生体重 |  |
| 〔自由記載欄〕 |
| **② 発達の経過** |
| くびのすわり | 　歳　　か月頃 | 寝返り | 　歳　　　か月頃 |
| おすわり | 　歳　　か月頃 | 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 | ―１０―　　 |

|  |
| --- |
| ④乳幼児健診の状況 |
| ３～７ヵ月健診 | [ ] 受診　　　[ ] 未受診 |
| ９～12ヵ月健診 | 　[ ] 受診　　　[ ] 未受診 |
| １歳半健診 | 　[ ] 受診　　　[ ] 未受診 |
| ３歳児健診 | 　[ ] 受診　　　[ ] 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 | １・２・３・追加 |  |
| 四種混合 | １・２・３・追加 |  |
| 三種混合 | １・２・３・追加 |  |
| ポリオ | １・２・３・追加 |  |
| ＢＣＧ | １ |  |
| 二種混合 | １ |  |
| 麻しん・風しん | １・２ |  |
| 日本脳炎 | １・２・３・追加 |  |
| 子宮頸がん | １・２・３ |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | ―１１―　　 |

|  |
| --- |
| 1. **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　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |
| 年　　月（　　　歳　　か月）～ 年　　月（　　　歳　　か月）　 |  |  |

―１２―