

あんしん手帳

あまいる



氏 名

住 所

電話番号

北海道重症心身障害児（者）を守る会

プロフィール

本人プロフィール	・・・・・・・・・・	1
成育歴	・・・・・・・・・・	2.3

健康・医療

ふだんの健康状態	・・・・・・・・・・	4
医療機関と服薬	・・・・・・・・・・	5
過去の入院歴と病名	・・・・・・・・・・	6
必要とする医療的ケア	・・・・・・・・・・	6

くらし

一日の生活	・・・・・・・・・・	7
一週間の生活	・・・・・・・・・・	7
日常生活動作【ADL】と特記事項	・・・・	8
こんなふうに（介助の仕方・他）	・・・・	8～10

サポート

サポートマップⅠ	・・・・・・・・・・	11.12
サポートマップⅡ	・・・・・・・・・・	13.14

手帳・諸手当

手帳・諸手当	・・・・・・・・・・	15.16
--------	------------	-------

本人プロフィール

【作成日 年 月 日】

プロフィール

氏名

(男・女) 愛称

生年月日 年 月 日 血液型 (型)

障がい名 ()

障がいの要因 (病気・事故等)

・ ()

・ 不明

発症時期、他

・ ()

・ 不明

保護者名 ()

(撮影日 年 月 日)

保護者住所 (〒)

()

健康保険証 (記号) (番号)

重度医療 [・ 障課 ・ 障初]

その他保険証 []

(記号 番号 備考)

家族欄 (きょうだい・その他)

[]

成 育 歴

(年齢) 0～6 歳

7～12 歳

13～18 歳

主な成長の過程

出生時

体重 kg

身長 cm

生活歴
(通学・通園・
通学・通所)

■ 予防接種したものを○で囲む

**予
防
接
種**

*BCG

*3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)

*ポリオ(1回目・2回目)

*麻疹・風疹又は混合ワクチン(1. 2. 3. 4回)

*その他の予防接種(水痘など)

19～24 歳

25～30 歳

31 歳～

■感染したものを○で囲む

*麻疹(はしか) < 歳頃)

*風疹(みっかばしか) < 歳頃)

*水痘(みずぼうそう) < 歳頃)

*

*

医療機関と服薬

【健康・医療Ⅱ】

ふだん服用している薬

薬剤名 (1回の量)			
服薬時など			
備考 (病名等)			

健康・医療

かかりつけ病院 (◎→緊急時の連絡病院明記)

病院名(科)	担当医	住所	電話番号	受診頻度

特記事項

過去の入院歴と病名

入院時期	本人年齢	その時の病名・手術など

必要とする医療的ケア

(痰の吸引・在宅酸素・胃ろう等経管栄養・導尿・他)

ケア名	内 容	時間・回数	その他

一日の生活

【くらしⅠ】

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22
(時)

×E

一週間の生活

日 月 火 水 木 金 土

×E

くらしⅠ

日常生活動作【ADL】と特記事項

- *寝返り (可・不可・他))
- *座 位 (可・不可・他))
- *立 位 (可・不可・他))
- *歩 行 (可・不可・他))
- *言語・理解言語 (有り・無し・他))

こんなふうに (介助の仕方・他)

食事 (形態・姿勢など)

水分補給 (1日の量・時間・種類 など)

☆好きな食べ物

★嫌いな食べ物

こんなふうに (介助の仕方・他) 【くらしⅡ】

入浴

排泄 (時間・紙おむつ・下剤など)

* 排尿 (サイン・有り・無し・その他)

* 排便 (サイン・有り・無し・その他)

その他 (気をつけてほしいこと)

* 日常の姿勢

* 歯磨き

* 爪切り

* 更衣

*

*

移動

* 室内

* 車の乗り降り・車内（送迎車など）

* 車椅子

* その他

睡眠時（姿勢・注意点など）

☆好きな(嬉しい)こと・物など

★嫌いな(苦手な)こと・物など

サポートマップ I

【作成日 年 月 日】

日中活動【通学・通所・その他】

通学・通所先	住 所	電話番号	通所曜日	備 考

相談支援

相談支援	
* 事業所名 ・ 住 所 ・ 電話番号 ・ 担 当 者 ・ 備 考	* 事業所名 ・ 住 所 ・ 電話番号 ・ 担 当 者 ・ 備 考

短期入所（泊まり・日帰りショート）

* 事業所名

- ・ 住 所
- ・ 電話番号
- ・ 担 当 者
- ・ 備 考
- ・ 利用時の持ち物

* 事業所名

- ・ 住 所
- ・ 電話番号
- ・ 担 当 者
- ・ 備 考
- ・ 利用時の持ち物

サポートマップⅡ

【作成日 年 月 日】

障害福祉サービス受給

〈介護給付費の支給決定内容〉

障害程度区分（ ） 認定有効期間（ ）

サービス種別	支給量	決定有効期間	支給量	決定有効期間
居宅介護				
重度訪問介護				
児童デイ				
生活介護				
短期入所				

その他〈移動支援・地域活動支援センターなど〉

訪問看護

*事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者
- ・その他（利用曜日・時間など）

訪問リハビリ

*事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者
- ・その他（利用曜日・時間など）

居宅(ヘルプ)サービス

利用内容

①事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者

②事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者

③事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者

その他のサービス

(有償車両・紙おむつ・他)

*事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者
- ・利用日など

*事業所名

- ・住所
- ・電話番号
- ・担当者
- ・利用日など

手帳・諸手当

身障 手帳	記号・番号	程度	交付年月日	備考

申請内容・交付年月日
(日常生活用具・補装具・車椅子)等

療育 手帳	記号・番号	程度	交付年月日	備考

申請内容・
交付年月日

その他

その他

諸 手 当

種 類	記号・番号	程度	交付年月日	備 考
障害児福祉手当				
特別障害者手当				
特別児童扶養手当				
障害基礎年金				

手帳・諸手当

【メ 毛】

【× 毛】

【× 毛】

--

【メ 毛】

あんしん手帳の活用について

安心、安全、明るい笑顔の暮らし
介護者の緊急時、不慮の災害時に備え
必要事項を記入しておきましょう！

● 緊急時連絡先 ●

* 保護者名 ()

①電話 (- -) ②携帯電話 (- -)

* 保護者名 ()

①電話 (- -) ②携帯電話 (- -)

* 支援者名 ()

①電話 (- -) ②携帯電話 (- -)

* 緊急時連絡病院 ()

電話 (- -)

主治医の名前 () 科

*