

お子さんの成長の記録

※母子健康手帳の内容を転記してください。

1) 生まれたときの記録

出生病院・医院	
電話番号	
在胎週数	週 日
出生体重	g
頭囲	cm
出生時の特記事項	

お子さんの成長の記録

2) 発達の記録

首のすわり	歳	か月	その他
寝返り	歳	か月	
お座り	歳	か月	
四つ這い	歳	か月	
つたい歩き	歳	か月	
歩行	歳	か月	
初語	歳	か月	
二語文	歳	か月	

予防接種の記録

(1) 定期の予防接種

区 分		接種日
B型肝炎	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
ロタウイルス感染症	ロタリックス 1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	ロタテック 1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
こどもの肺炎球菌 (価結合型)	初回接種開始年齢 ()	年 月 日
	1期 1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	1期追加	年 月 日
BCG		年 月 日
<input type="checkbox"/> 4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ) <input type="checkbox"/> 5種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ) <input type="checkbox"/> 3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風) <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風)	1期初回 (3回) 1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	1期追加 (1回)	年 月 日
		年 月 日
ポリオ (生ワクチン) (2回実施済の場合はIPV不要)	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
IPV (不活化ポリオワクチン) (生ワクチン1回済の場合は3回) ※4混・5混に含まれている	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	4回目	年 月 日
H i b感染症 (インフルエンザ菌b型) ※最大4回 ※初回接種年齢により回数が異なる	※初回接種開始年齢 ()	
	1期 1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
	1期追加	年 月 日

麻しん（はしか）・風しん混合	1期	年 月 日
	2期	年 月 日
日本脳炎	1期初回	年 月 日
	1回目	
	2回目	年 月 日
	1期追加	年 月 日
2期	年 月 日	
	年 月 日	
水痘 (水ぼうそう)	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
ヒトパピローマウイルス感染症	2価ワクチン・4価ワクチン	年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
	9価ワクチン ※初回接種開始年齢年齢（ ）	年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

予防接種の記録

(2) 任意の予防接種 他

- ・おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）
- ・季節性インフルエンザワクチン

- ・新型コロナワクチン

予防接種名	接種日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

保育所等や学校等の状況

	名称	在籍期間 (年月日～年月日)	支援内容/教育目標/その他 転入学の理由など
保育所			
幼稚園			
小学校	通学/訪問		
中学校	通学/訪問		
高等学校等	通学/訪問		
その他			

福祉サービスの利用

・ 主たる障害名

主たる障害名	
--------	--

・ 持っている手帳

身体障害者手帳 有・無	等 級	手帳の内容を転記（例：〇〇による△△機能障害）
	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
療育手帳 有・無	(A 1・A 2・A 3・B 1・B 2)	
精神障害者保健福祉手帳 有・無	1級・2級・3級	
その他		

1) 障害支援区分 ※18歳未満の場合、区分認定不要

障害支援区分	1・2・3・4・5・6	年 月 日～年 月 日
障害支援区分	1・2・3・4・5・7	年 月 日～年 月 日
障害支援区分	1・2・3・4・5・8	年 月 日～年 月 日

2) 相談支援事業所

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

3) 障害福祉サービス

(児童発達支援/放課後等デイサービス/短期入所/日中一時支援など)

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

4) 居宅介護（ヘルパー）

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

5) その他の福祉サービスの利用

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	歳 か月～ 歳 か月（年 月 日）

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

生活の様子【 年 月 日 (歳 か月現在) 】

1) 家庭での過ごし方、工夫していること・介助にあたり配慮してほしいこと

遊び	
お気に入りのこと (もの) など※	
食事 ※現在の状況は4)	
口腔ケア ※	
排泄 ※現在の状況は4)	
入浴	
着脱衣	
就寝	
好きな体位 ※	
落ちつく物や 方法など ※	
不安時の様子	
※写真を添付 その他 (照明・騒音・室 温・スペース確保な ど配慮点を記載)	

2) 一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄など）

	本人	※保護者・支援者の動き 等
0:00		
1:00		
2:00		
3:00		
4:00		
5:00		
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
0:00		

4) 現在の状況【 年 月 日 (歳 か月現在) 】

<p>運動機能</p>	<p><input type="checkbox"/>臥床状態</p> <p><input type="checkbox"/>首のすわりなし <input type="checkbox"/>首がすわっている</p> <p><input type="checkbox"/>寝返りをしない <input type="checkbox"/>寝返りをする</p> <p><input type="checkbox"/>支えがあればすわっている <input type="checkbox"/>支えなしですわっている</p> <p><input type="checkbox"/>背ばいで移動する</p> <p><input type="checkbox"/>腹ばい、または四つ這いで移動する</p> <p><input type="checkbox"/>膝で立つ <input type="checkbox"/>膝立ちで移動する</p> <p><input type="checkbox"/>つかまり立ち <input type="checkbox"/>一人で立つ</p> <p><input type="checkbox"/>つたい歩きをする <input type="checkbox"/>一人で歩く</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>麻痺</p>	<p><input type="checkbox"/>あり (具体的な症状: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>
<p>移動手段</p>	<p><input type="checkbox"/>バギーで移動 <input type="checkbox"/>車イスで移動</p> <p><input type="checkbox"/>電動車イスで自走 <input type="checkbox"/>車イスで自走</p> <p><input type="checkbox"/>支えられて歩く <input type="checkbox"/>歩行器で歩く</p> <p><input type="checkbox"/>一人で歩く</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>食事</p>	<p><input type="checkbox"/>注入 <input type="checkbox"/>哺乳瓶で飲む</p> <p><input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>哺乳瓶で飲む</p> <p><input type="checkbox"/>介助は必要だが自分で食べようとする</p> <p><input type="checkbox"/>介助不要</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/>1回の食事時間 (_____ 分) 回/日</p>
<p>食事の姿勢</p>	
<p>経口での食事形態</p>	<p><input type="checkbox"/>哺乳瓶使用 <input type="checkbox"/>ミキサーにする</p> <p><input type="checkbox"/>柔らかく調理して食べる <input type="checkbox"/>家族と同じものを刻む</p> <p><input type="checkbox"/>おかずは家族と同じものを食べる</p> <p><input type="checkbox"/>主食はご飯・お粥</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>食事用具</p>	<p><input type="checkbox"/>スプーン使用 <input type="checkbox"/>フォークで刺して食べる</p> <p><input type="checkbox"/>箸で食べる</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (自助具等)</p>

5) 福祉用具・自助具の利用状況

福祉用具・自助具の利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉

個別避難計画作成ガイド

大切な命を守るため、個別避難計画の作成をとおして、災害に備えましょう。作成に当たっては住まいの市町村の災害対策担当課にお問い合わせください。

個別避難計画とは？

災害時に、一人で避難をすることがむずかしい方が、「誰と（避難支援者）」「どこに（避難先）」「どのように（避難経路）」避難するかをよく分かるようにまとめた計画のことです。

◎令和3年の災害対策基本法改正により、個別避難計画を作成することが市町村の努力義務とされています。

個人情報の取り扱いについて事前提供に同意いただいた方についてのみ、平常時から、作成した計画の情報を避難支援等に関わる関係者（消防、警察、自治会、自主防災組織、民生委員等）に提供します。

ただし、同意いただいていない方についても、災害時には、市町村長の判断で、計画の情報を避難支援等に関わる関係者に提供させていただきます。

※作成した計画の避難支援が必ず実施されることを保証するものではありません。

※避難を支援する方に、法的な責任や義務を負わせるものではありません。

- 1 **災害リスクの確認**
 - お住まいの地域のハザードマップを確認し、災害時にどのような被害が想定されるか確認しましょう。



内閣府 避難情報のポイントより

- 2 **避難先や避難経路を確認**
 - お住まいの地域で想定される被害の状況や居住環境、ご自身の身体の状態等を踏まえ、ご自身にあった避難先や避難ルートを検討します。
- 3 **災害時に避難を支援してもらう方を決める**
 - ご家族や地域の方と相談し、災害時に避難を支援してもらう方を決め、計画の内容を共有しておきます。
- 4 **避難方法を計画に記入**
 - 1～3を踏まえて計画を記入しましょう。

- 普段から避難する際に必要なものを準備しておくことも大切です。
- 災害時は、市町村から出される避難情報に従って、早めの避難を心がけましょう。（警戒レベル3【高齢者等避難】警戒レベル4【全員避難】）

防災チェックリスト

① 自宅のハザードマップを確認しよう！

- 自宅の「浸水深」、「浸水継続時間」を知っていますか？
- 家屋等倒壊等氾濫想定区域になっていますか？
- 土砂災害警戒区域等になっていますか？

② 避難場所を確認しよう！

- 地域の指定された避難場所を知っていますか？
- 行き方、ルートを確認していますか？
- 在宅避難できる（家庭内で安全が確保できる）場所がありますか？

医療的ケアに必要な物品だけでなく
ご家族に必要な物も忘れずに！

③ 非常用持出品を準備しよう！

- 必要な持ち出し品を確認してありますか？
- すぐに持ち出せるように準備してありますか？
- 災害復旧までに必要な物品を用意していますか？
（最低3日～できれば1週間分）

※経管栄養剤は1か月分を目安に

④ 家庭内の危険箇所を確認しよう！

- 居間や寝室などに大型の家具を置いていませんか？
（置いている場合、転倒防止器具を付けていますか？）
- 出入口、通路に物を置いていませんか？
- ガラスに飛散防止フィルムを貼っていますか？

⑤ 家族で話し合おう！

- 家族内の役割分担、連絡方法や避難場所の確認
- 自宅や、周辺の危険箇所のチェック
（ブロック塀、屋根瓦等の老朽化はないですか？
植木鉢、プロパンガス等がの固定されていますか？）
- 防災用具等の確認
（消火器、防災トイレ等実際に使用できますか？）

⑥ これも確認しておこう！

- 自宅は、自治体の何組？何班？ 組長さん、班長さんは？
- 地域の民生委員さんは？
- 医療機器、支援者などの緊急連絡先は？

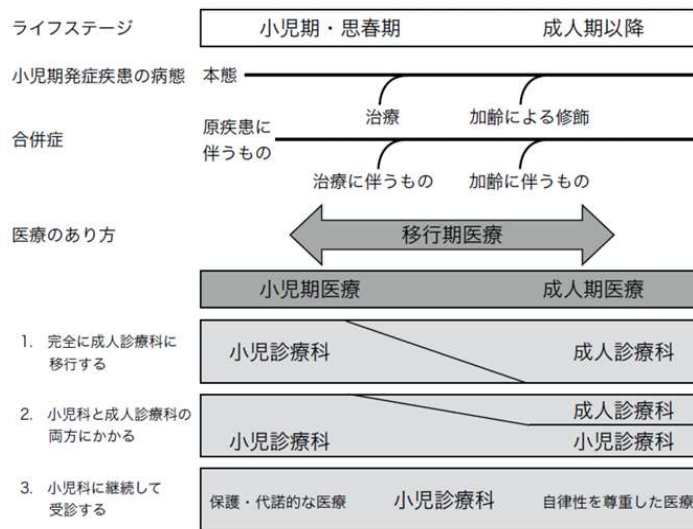
子どもから大人への移行

知っておこう！移行期医療

子どもから大人へ成長することで、病気も「おとなの病気」に変わっていきます。小児期発症疾患についても成長・加齢に合わせた対応が必要となったり、生活習慣病などの大人に多い病気への対応が必要となる可能性もあります。また、ご本人が一人で受診をしたり、治療のことを決めたりすることが必要になる方もいます。

成長に伴い、「こども」のための医療から「おとな」を対象とした医療に、切れ目なく切り替えられるようにすることを、移行期医療といいます。

移行にはいくつかのパターンがあり、ご本人にあった方法で進めていく必要があります。



《確認・準備しておきたいこと》

- 「おとな」になると、受診する医療機関や診療科が変わることを知っておく
- 移行期医療について、「いつ」から、「どんな」準備が必要か、主治医に相談しておく
- かかりつけ医をもつ
- 病気や治療について、本人が知っておいた方がよいことを確認する
- 将来のこと、「おとな」になってからのことをイメージしておく
- 困ったときに相談できる場所を知っておく

ひとりで考えたり、準備するものではありません。

主治医をはじめ、支援者と相談しながらすすみましょう。