

なら

Heart & Heart

生活の道しるべ



★ なまえ

★★ … 目 次 … ★★

1. 本人の基本情報

- プロフィール
- 所属
- 健康・医療・体質・特質
- 緊急対応を要する症状
- お気に入りの写真
- 本人の全体像
- 本人の家族構成

2. 緊急連絡先

- 緊急連絡先
- 所属施設
- 親しい人・相談している人の連絡先

3. 医療について

- 持病歴・障害特性・薬・病院など
- 定期検診一覧
- 薬の注意事項
- 入院時の対応
- 過去の入院歴
- 持病・体質・生活習慣病など

4. 発作について

前兆・様子・対応・処置

5. コミュニケーション

- 人との関わり、集団の中で
- 移動時の行動特性
- 関わりながらの支援

6. パニック

- パニックの原因・特徴
- おこりやすい場面（きっかけ）
- 対処方法

7. 感 覚

感覚面の特徴
留意すること

8. こだわり

- 日常的なこと
- 問題行動
- 問題行動などの配慮・対応など

9. 歯科医療サポートシート

10. 本人が利用する制度

- 福祉サービス利用事業所
- 手帳
- 福祉制度など
- 年金・手当など
- 健康保険・介護保険・医療保険など
- その他

11. 本人の財産

- 本人の財産（預貯金・債券・株式など）
- 本人の財産（不動産）
- 本人の生活費（月単位）
- 支出内訳（月単位）

12. 成年後見人の情報

- 成年後見について
 - 日常生活自立支援事業
 - 親（保護者）の後見と遺言状
- 本人の重要物の覚え書き

13. 親のねがい

親なき後の「親の思い・願い」
記入者欄

1. 本人基本情報

1. ① プロフィール

| 名 前 | 愛 称 | 生年月日 | 性別 | 血液型 |
|---------------------------|-----|---------|--------|-------------|
| ふりがな | | | 男 女 | 型 RH()型 |
| 住 所 | | T E L | | 援護の実施者 |
| 〒 ー (在宅・入所・GH・その他) | | | | (市町村) |
| | | 本人携帯TEL | | |
| 保護者 氏名 | 住 所 | | T E L | |
| | 〒 ー | | | |

1. ② 所属

療育施設, 学校, 福祉施設, 勤務先など

| 所属名称 | | 担当者 役 職 | |
|------|--|------------|--|
| 住 所 | | T E L | |

1. ③ 健康・医療・体質・特質

| 障害名 | |
|--------|----------------|
| てんかん | なし・あり |
| アレルギー | なし・あり |
| 特 質 | パニック 自傷行為など |
| 持病・慢性病 | なし・あり |

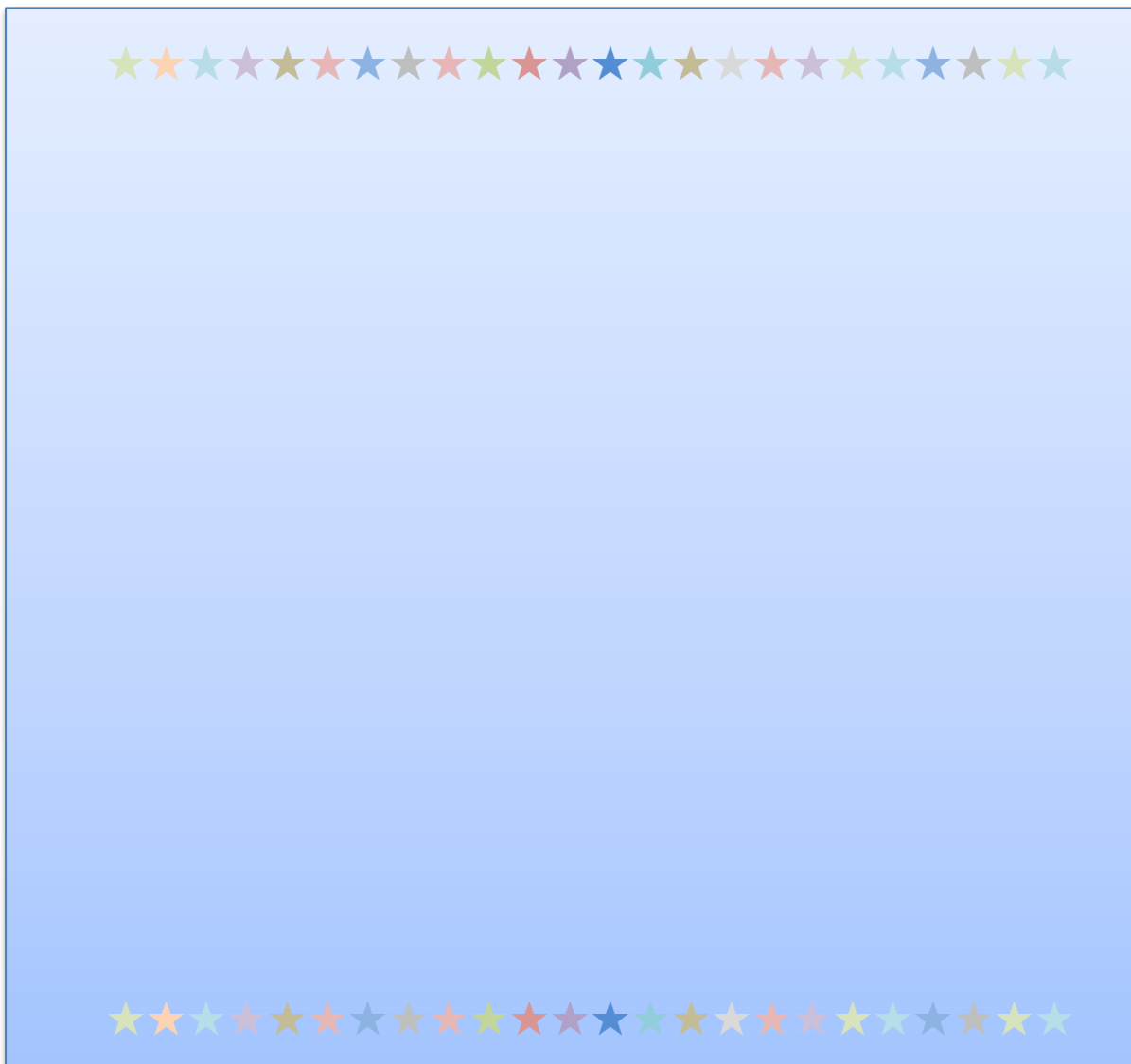
1. ④ 緊急対応を要する病状

| 病名 | | 病院名 | | TEL | |
|----|--|-----|--|-----|--|
| 病名 | | 病院名 | | TEL | |

年 月 日 記入

1. 本人基本情報

1. ⑤ お気に入りの写真



1. ⑥ 本人の全体像

| 特徴、性格 など | サイズ | |
|----------|------|-------|
| | 身長 | cm |
| | 体重 | kg |
| | ウエスト | cm |
| | 靴 | cm |
| | シャツ | S M L |

年 月 日 記入

1. 本人基本情報

1. 7 本人（ ）の家族構成

| 続柄 | 名前 | 同居・別居 |
|-------|----|-------|
| 本人 | | |
| 父 | | |
| 母 | | |
| 父方 祖父 | | |
| 父方 祖母 | | |
| 母方 祖父 | | |
| 母方 祖母 | | |
| 兄弟・姉妹 | | |
| | 家族 | |
| 兄弟・姉妹 | | |
| | 家族 | |
| 兄弟・姉妹 | | |
| | 家族 | |

年 月 日 記入

2. 緊急連絡先

2. ① 緊急連絡先

| | | | | |
|---|----|-----|--------|-----|
| 1 | 氏名 | | 本人との関係 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | - - | 携帯 | - - |
| 2 | 氏名 | | 本人との関係 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | - - | 携帯 | - - |

② 所属施設

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 施設名 | | 担当者 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | - - | FAX | - - |

③ 本人の親しい人・相談している人の連絡先（日常関わってくれる人）

| | | | | |
|---|----|-----|--------|-----|
| 1 | 氏名 | | 本人との関係 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | - - | 携帯 | - - |
| 2 | 氏名 | | 本人との関係 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | - - | 携帯 | - - |

年 月 日 記入

3. 医療について

かかりつけ医を作りましょう！

3. ① 持病・障害特性・薬・病院など

| | | | |
|---|----|------------|---------|
| 1 | 病名 | 薬（1日分） | 症状 |
| | | | |
| | 検査 | 病院・診療科・主治医 | 所在地・TEL |
| | | | |

| | | | |
|---|----|------------|---------|
| 2 | 病名 | 薬（1日分） | 症状 |
| | | | |
| | 検査 | 病院・診療科・主治医 | 所在地・TEL |
| | | | |

| | | | |
|---|----|------------|---------|
| 3 | 病名 | 薬（1日分） | 症状 |
| | | | |
| | 検査 | 病院・診療科・主治医 | 所在地・TEL |
| | | | |

| | | | |
|---|----|------------|---------|
| 4 | 病名 | 薬（1日分） | 症状 |
| | | | |
| | 検査 | 病院・診療科・主治医 | 所在地・TEL |
| | | | |

年 月 日 記入

3. 医療について

3. ② 定期検診一覧（薬を切らさないために）

| 病院 | 受診科 | 受診頻度 | 受診内容・その他 |
|----|-----|------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. ③ 薬の注意事項

| | |
|-------|--|
| 薬の副作用 | |
| 飲み方 | |
| 薬の管理 | |
| 注意事項 | |

3. ④ 入院時の対応

* 入院手続、手術などの承諾、付き添い、多額な出費があったとき等の対応について

| | |
|--|---|
| |  |
|--|---|

3. ⑤ 過去の入院歴

| 病名 | 病院 | 期間（うち入院期間） | 備考 |
|----|----|------------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

年 月 日 記入

3. 医療について

3. ⑥ 持病・体質・生活習慣病 など

| | 病 名 | 症 状 | 気をつけること |
|---|-----|-----|---------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

年 月 日 記入

4. 発作について

| | |
|---------------|---|
| 発作の起きる前兆 | |
| 発作の起きた時の様子・状態 | 全身、部分、右寄り、左寄り、約（ ）分 |
| あとの様子・状態 | |
| あとの対応・処置 | |
| その他 ① | 発作の頻度など |
| その他 ② |  |

年 月 日 記入

5. コミュニケーション

5. ① 人との関わり、集団の中で

| | |
|---------------------------------------|--|
| 家族・友人・他人 との対人関係 | |
| 苦手とする人 (女性, 男性, 老人, 子供, 赤ちゃんなど) | |
| 通所施設・職場な どの多人数 | |

5. ② 移動時の行動特性

| | |
|-----|--|
| 歩行時 | |
| 乗車時 | |
| 買物時 | |
| その他 | |

5. ③ 関わりながらの支援

| | |
|----------------|---|
| 意思疎通の度合 | |
| 支援の仕方 支援の希望 |  |

6. ① パニックの原因・特徴

| | |
|---------------------|--|
| パニックの様子 どの位 続くのか | |
| パニックの前兆 | |
| おこりやすい状況 | |
| おこりやすい場所 | |
| おこりやすい相手 | |

6. ② おこりやすい場面（きっかけ）


| 状 況 | 様 子 | 対 応 |
|--------------------------|-----|-----|
| 大好きな行動の 中断について | | |
| 予告なしの日課や 活動の変更について | | |
| 予定行事が中止に なった時 | | |
| 予期せぬ事が 起きた時 | | |
| 欲しい物が 手に入らなかった時 | | |
| 一人にされる 事について | | |
| 騒音・光・人の言葉 などのきっかけについて | | |
| その他 | | |

6. パニック

6. ③ 対処方法

| | |
|---------------------------|--|
| 関わり方 | |
| 不安を軽減すること | |
| 落ち着ける行動場所 | |
| その時支援者がしたら よい こと | |
| その時支援者がしては いけない こと | |

7. 感覚

| | |
|--------|---|
| 感覚面の特徴 | 音, 感触・におい・色 など |
| 留意すること |  |

年 月 日 記入

8. ① 日常的なこと（習慣・行動パターンなど）

| | |
|----------------------|--|
| 口癖 物に対して 人に対して | |
| 行動 | |

8. ② 問題行動

| | |
|--------------|---------------------|
| 現在 | 自傷行為・物を壊す・人に手をあげるなど |
| 過去に あったこと | |

8. ③ 問題行動などの配慮・対応など

| |
|--|
| |
|--|



9. 歯科医療サポートシート

★このシートは、歯科診療をスムーズにして頂く為に、必要な配慮をお願いする 記載シートです。
歯科診療に不安がある方は、記入して ご利用ください。



【患者氏名】 (歳)

診療室に入るまでに配慮して欲しいこと (該当する項目をチェックして下さい)

- 待合室で待つことが苦手です。 短時間(5~10分)なら待合室で待てます。
 待合室の外で待ちます。携帯電話に連絡してください。携帯番号(- -)
 保護者、介助者が診療室の中まで付き添います。
 その他、配慮してほしいこと。()

コミュニケーションのとり方 (有効な手段があればいくつでもチェックして下さい)

- 事前に診療の内容を教えて欲しい。 歯の模型でわかりやすく説明してください。
 絵や写真で説明してもらえると良く分かります。 ゆっくり話しかけてください。
 その他 配慮してほしいこと。()

本人は歯科治療の際に「痛っ！」ことを周囲に伝えられますか。

- できる(方法:) できない

くちゆすぎ(口ゆすぎ、うがい)は?

- できる できない

嫌なこと、苦手なこと、怖がることなどチェックして下さい。

(1) 声について

- 大きな声 子どもの泣き声 その他 配慮してほしいこと()

(2) 音について

- タービン(歯を削るための器具)の音 大きな音 吸引音
 その他の音()

(3) 診療室の環境について

- 白衣 仰向けになること 光(ライト) とがった物
 その他、配慮してほしいこと()

(4) その他

- じっとしていること 触れられること(部位) 注射
 急に診療台が倒れること 水の温度(冷たい 熱い)
 その他、配慮してほしいこと()

好きなこと、興味あること (好きなキャラクター、物などを用いて不安を軽減します)

興味あること ()

好きなキャラクター()

★受診に対して心配なこと、伝えておきたいことなど お書き下さい。



年 月 日 記入

10. 本人が利用する制度

10. ① 福祉サービス利用事業所

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 1 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 2 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 3 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 4 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 5 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 6 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 7 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

契約年月日（ 年 月 日）

| | | | | |
|---|--------|-----|------|--|
| 8 | サービス内容 | | | |
| | 事業所名 | | 代表者名 | |
| | 住所 | 〒 ー | 電話 | |
| | | | 携帯 | |

年 月 日 記入

10. 本人が利用する制度

10. ② 手帳

窓口は、居住地の福祉事務所、市町村障害福祉担当課

| | 手帳番号 | 区分 |
|-----------------|------|----|
| 療育手帳 次回判定年月日 | | |
| 身体障害者手帳 | | |
| 精神障害者 保健福祉手帳 | | |
| 介護保険手帳 | | |

窓口は、居住地の市町村精神保健福祉担当課。更新は2年ごと

10. ③ 福祉制度など

居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、ケアホーム、児童デイ、ショートステイ、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、グループホーム など

| | 受給者証番号 | 障害程度区分 |
|------------------|--------|---------------|
| 障害福祉サービス 受給者証 | | |
| 地域生活支援事業 受給者証 | | |
| 障害区分認定 | | 無 1 2 3 4 5 6 |
| 受給権者所得状況届 | | |
| 精神科の診断 | 病院 | |

移動支援(ガイドヘルプ)、地域活動支援センターなど

10. ④ 年金・手当など

| | 番号 | 取扱金融機関 |
|---------------------|----|--------|
| 障害基礎年金 | | |
| 障害厚生年金 | | |
| 特別児童扶養手当 特別障害者手当 | | |
| 心身障害者扶養 共済給付金 | | |

年 月 日 記入

10. 本人が利用する制度

10. ㊦ 健康保険・介護保険・医療保険など

| | 番号 | 保険料の支払方法 | 保管場所 |
|---------------|----|--|------|
| 健康保険証 | | 1. 口座引落 () 2. 窓口現金払い 3. その他 () | |
| 介護保険証 | | 1. 口座引落 () 2. 窓口現金払い 3. その他 () | |
| 心身障害者医療費受給資格証 | | | |
| 精神通院医療受給者証 | | | |
| 傷害保険 | | 1. 口座引落 () 2. 窓口現金払い 3. その他 () | |
| 医療保険 | | 1. 口座引落 () 2. 窓口現金払い 3. その他 () | |
| 生命保険 | | 1. 口座引落 () 2. 窓口現金払い 3. その他 () | |

10. ㊧ その他

| | 番号 | 有効期限 |
|-----------|----|------|
| 印鑑登録証 | | |
| マイナンバーカード | | |
| パスポート | | |

年 月 日 記入

11. 本人の財産

11. ① 本人の財産（預貯金・債権・株式等）

| 名義人 | 機関名（銀行・会社名等） | 種別・数量 | 書類保管場所 |
|---|--------------|----------|--------|
| | | カード（有・無） | |
| | | カード（有・無） | |
| | | カード（有・無） | |
| | | カード（有・無） | |
| | | カード（有・無） | |
| <p>特記事項</p> <div style="text-align: right; margin-top: 50px;">  </div> | | | |

11. ② 本人の財産（不動産）

| 名義人 | 所在地 | 利用状況 | 書類保管場所 |
|--------------------|-----|------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <p>特記事項</p> | | | |

年 月 日 記入

11. 本人の財産

11. ③ 本人の生活費（月単位）


平成 年 月 分

| 収入 | | | 支出 | | |
|---------|-------|----|---------------------------|-------|----|
| 科目 | 金額(円) | 備考 | 科目 | 金額(円) | 備考 |
| 障害基礎年金 | | | 福祉サービス利用料 | | |
| 特別障害者手当 | | | 健康保険料税金など | | |
| 給料（工賃） | | | 生活費 <small>家賃食費など</small> | | |
| その他 | | | 医療費 | | |
| | | | 小遣い | | |
| | | | 貯金 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 合計 | | | 合計 | | |

11. ④ 支出の内訳（月単位）

| 生活費 | 金額 | 余暇費 | 金額 | 医療費 | 金額 | その他 | 金額 |
|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 合計 | | 合計 | | 合計 | | 合計 | |

* 金銭管理（管理方法・主に使っている物・お小遣いの使い方・使う時の支援など）



年 月 日 記入

12. 成年後見人の情報

12. ① 本人（ ）の成年後見について

| | | | | |
|---|---------|-----|----|--|
| <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見監督人 <input type="checkbox"/> 後見人等をお願いしたい人 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | | 携帯 | |
| | 書類の保管場所 | | | |
| | 備考 | | | |

| | | | | |
|---|---------|-----|----|--|
| <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見監督人 <input type="checkbox"/> 後見人等をお願いしたい人 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話 | | 携帯 | |
| | 書類の保管場所 | | | |
| | 備考 | | | |

・ 日常生活自立支援事業について(社会福祉協議会の事業)

- ① 利用したい ② 考えていない ③ 利用しない

・ 親(保護者)の後見と遺言状について

親(保護者)自身は、任意後見契約をしているか

- ① している ② していない

氏名 _____ 関係 _____

住所 _____

電話番号 _____ 公正証書契約番号 _____

・ 親(保護者)は遺言状を作成しているか

- ① している ② していない

公正証書遺言状(保管場所 _____) 自筆証書遺言状(保管場所 _____)

()さんの記録 記入者氏名(_____ 続柄) 記入年月日(_____ 年 月 日)

12. ② 本人の重要物の覚え書き

| | | | | | |
|---|---------|----|------------|----|-----------|
| 1 | この支援ノート | 6 | 障害基礎年金証書 | 11 | 診断書のコピー |
| 2 | 療育手帳 | 7 | 通帳（印鑑）カード | 12 | 遺言書 |
| 3 | 健康保険証 | 8 | 保険証書 | 13 | マイナンバーカード |
| 4 | 診察券 | 9 | 福祉サービス受給者証 | 14 | |
| 5 | 医療受給者証 | 10 | お薬手帳 | 15 | |

年 月 日 記入

13. 親のねがい

★ 親なき後の 「親の想い、願い」

| | |
|-----------|---|
| 本人の健康について | |
| 生活環境 | |
| 仕事 | |
| 将来への希望 |  |
| 親族へ | |
| 利用施設へ | |
| 子供の財産 | 本人の幸せのために使ってほしい事柄 |
| 最後の迎え方の希望 | 最後の過ごし方・葬儀のスタイル など (別紙あり) |
| その他 |  |

| | | | |
|-------|--|----|--|
| ★ 記入者 | | 続柄 | |
|-------|--|----|--|

年 月 日 記入

(別紙)最後の迎え方

記入日(年 月 日)

| 子の死亡時の葬儀、墓、供養について | | | |
|-------------------------|--|------|------|
| 葬 儀 | 実施 <input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 家族葬 | | |
| | 場所 名称 () 住所 () | | |
| | 葬儀社 名称 () 住所 () | | |
| | 宗教 宗教・宗派 () 名称 () 住所 () | | |
| 墓 | 墓地名称 () 住所 () | | |
| 供 養 | (○回忌など) | | |
| その他 | | | |
| 連絡先(最後や葬儀について、知らせてほしい方) | | | |
| 氏名など | 住 所 | 電話番号 | 関係など |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|-------|--|----|--|
| ★ 記入者 | | 続柄 | |
|-------|--|----|--|

年 月 日 記入



この度、社会情勢の変化や制度改正に伴い、より使いやすく多くの皆様にご利用して頂くことを願い「なら Heart&Heart」を改訂致しました。

「なら Heart& Heart」には、本人の個人情報および支援者や関係機関に関する情報が多く含まれていますので、保護者または本人が許可した支援者だけが使用できるものとします。

使用する時はプライバシーに充分配慮して慎重に取り扱って下さい。

支援者に関わらない第三者に情報を提供することや、承諾なしにコピーなどして二次的に使用することは禁止します。

一般社団法人 奈良県手をつなぐ育成会

令和6年10月22日 改訂