

1. 本人()のプロフィール

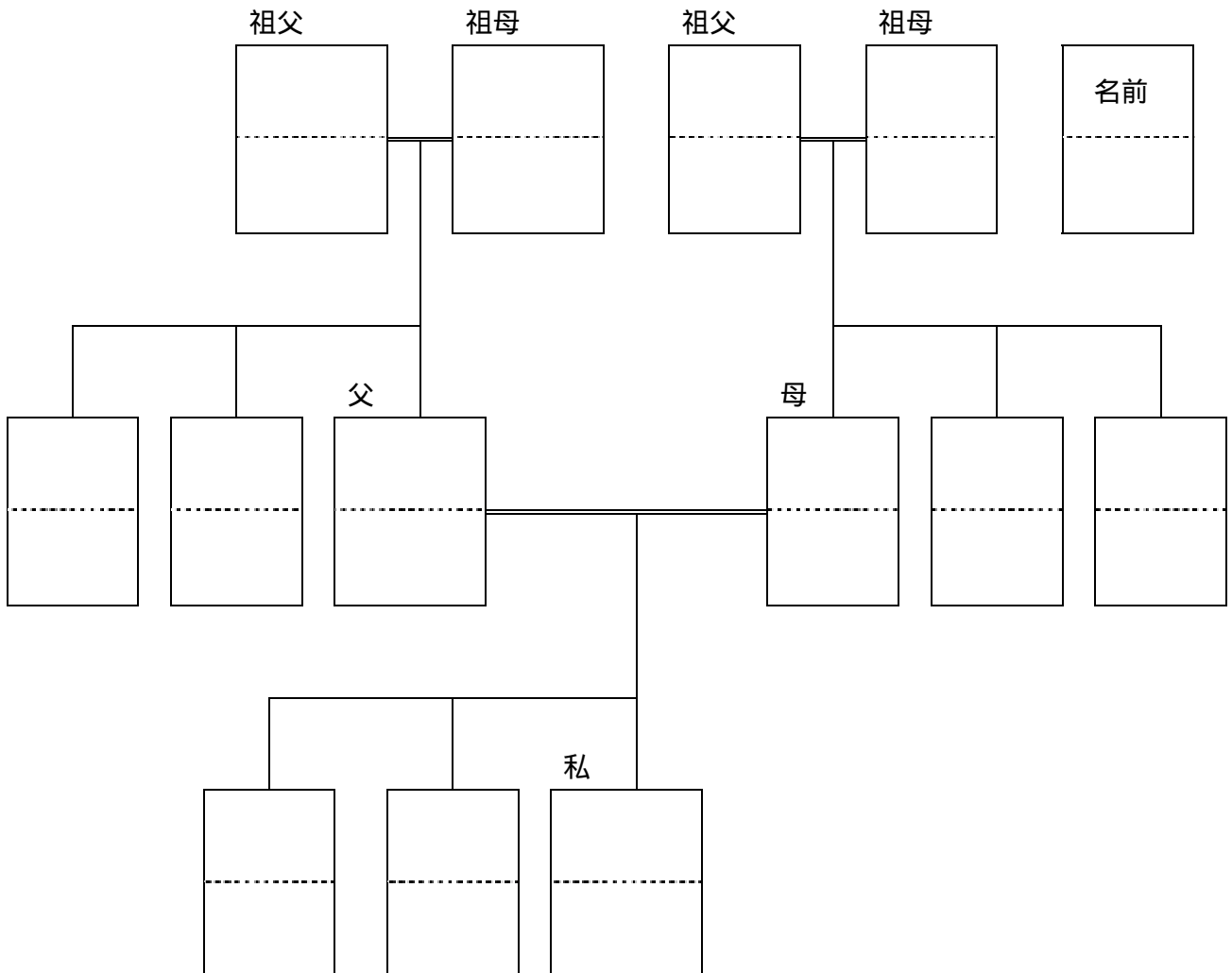
名前	ふりがな	生年月日		性別
		年 月 日		男・女
現住所	〒	援護の実施者 (市町村)		血液型
				型 RH+ RH-
電話		携帯		

1. 本人()の成年後見について

補助人 保佐人 後見人 成年後見 監督人 後見人等を お願いしたい人	氏名		続柄 職業	
	住所			
	電話番号		携帯電話	
	書類の 保管場所			
	備考			

補助人 保佐人 後見人 成年後見 監督人 後見人等を お願いしたい人	氏名		続柄 職業	
	住所			
	電話番号		携帯電話	
	書類の 保管場所			
	備考			

2. 本人()の家族・親戚



3. 緊急連絡先

	氏名		本人との 関係	
	住所			
	電話番号		携帯 電話	
	氏名		本人との 関係	
	住所			
	電話番号		携帯 電話	

3. 本人()が親しくしている人、相談している人の連絡先

	氏名		本人との 関係	
	住所			
	電話番号		携帯 電話	
	氏名		本人との 関係	
	住所			
	電話番号		携帯 電話	
	氏名		本人との 関係	
	住所			
	電話番号		携帯 電話	

4 . 現在までの生活暦

年齢	学校、事業所、会社等	生活暦
0		
2		
4		
6		
8		
10		
12		
14		
16		
18		
20		
22		
24		
26		
28		
30		
32		
34		
36		

記入年月日(年 月 日)

更新年月日(年 月 日)

4. 本人の暮らしぶり

年齢	学校、事業所、会社等	生活暦
38		
40		
42		
44		
46		
48		
50		
52		
54		
56		
58		
60		
62		
64		
66		
68		
70		
72		
74		
76		

記入年月日(年 月 日)

更新年月日(年 月 日)

4. 本人()の一年の過ごし方

わが家の年中行事・大切な日	その他
4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	
1月	
2月	
3月	
そのほか	

4. 本人()の一日の過ごし方

	平日	土曜日	祝日
午前			
6時			
8時			
10時			
午後			
12時			
2時			
4時			
6時			
8時			
10時			
12時			
そのほか			

4. 好きなこと / 得意なこと

好きなこと 得意なこと	
好きな色	
好きな花	
好きな音楽	
特記事項	

4. 嫌いなこと / 苦手なこと

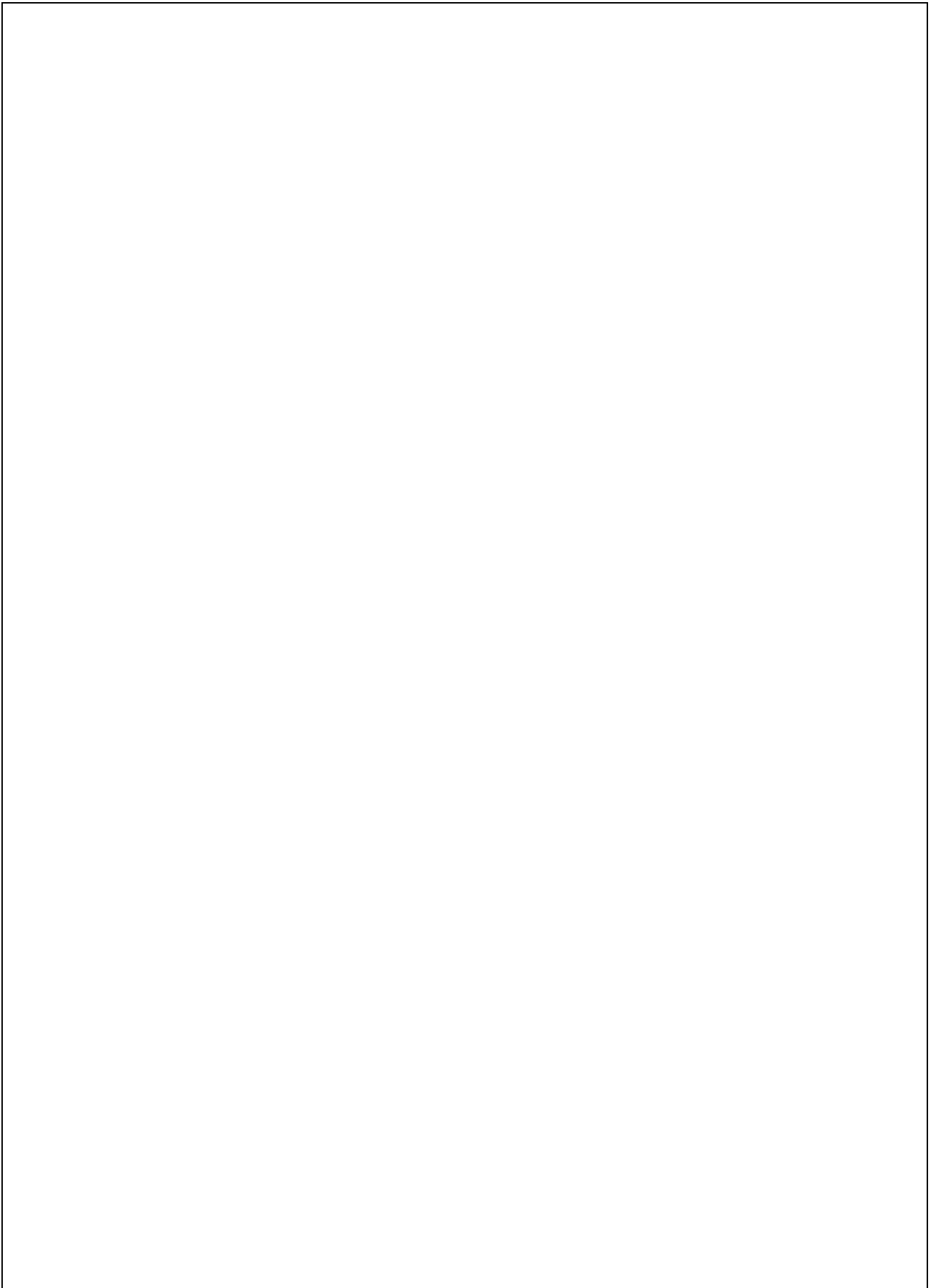
嫌いなこと 苦手なこと	
特記事項	

4. 本人()のこれからの暮らしプラン

		現在の状況	これからの見通し
住む	入所 1人暮らし GH/CH 在宅 など		
生きがい作り 働く	学校 日中活動 など		
社会参加 余暇	放課後 休日 など		
所得保障	手当 年金 賃金 など		
権利保障	成年後見 権利擁護 など		
医療保障	訪問介護 医療機関との連携 など		
相談支援	ケアマネジメント 相談機関		
緊急時支援	ショートステイ レスパイトサービス など		

* 記入者の思いで書いております。本人の思いや希望とは違うかもしれませんし、変わるかもしれません。支援される方が本人の思いを聴いてくださったらうれしく思います。

4 . 本人のお気に入りの写真



5. 食事について

好きな食べ物		
嫌いな食べ物		
食べてはいけないもの アレルギーなど		
食事	食事	できる / 見守り / 一部介助 / 全介助
	使用するもの	箸 / スプーン / フォーク / ナイフ / 自助具
	形状	普通食 / きざみ食 / ミキサー食 / 流動食
飲水	飲水	できる / 見守り / 一部介助 / 全介助
	使用するもの	ストロー / コップ
そのほか、注意すること		

5. 身辺について

着替え		
排泄		
清潔について	はみがき	
	入浴	
	洗髪・洗顔	

	整髪・ひげそり	
	つめきり	
生活について	衣替え	
	整理整頓(掃除)	
	調理	
	睡眠	
	電話	
	時間	
	金銭管理	
	その他	

6. 現在のかかりつけの病院

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

病院名	診察科	主治医
所在地	電話番号	

6 . 受診について
(診察時における注意点、待合室での過ごし方)

注射	
点滴	
その他	

6 . 過去の入院歴

病名	病院	期間(うち入院期間)	備考

6 . 緊急入院時の対応

(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)

6 . 現在の服薬について

薬の名前	用法 (朝・昼・夕・寝る 前・食間)	薬の働き	医療機関	開始日
飲ませてはいけない薬 (副作用)				
飲ませ方	錠剤			
	粉薬			
	水薬			
服薬の 理解	管理			
	飲み忘れ			
	指示通りの量が 飲めない			
その他の注意点				

6 . 使用している装具・機器など

品名	購入先(メーカー)	価格
車椅子		
トーキングエイド		
めがね		
補聴器		
電動はぶらし		
補装具		

7. 手帳

窓口は、居住地の福祉事務所、町村障害福祉担当課

	手帳番号	区分	有効期限	保管場所
療育手帳				
身体障害者手帳				
精神障害者手帳				
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

7. 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、児童デイ、ショートステイ、ケアホーム、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	有効期限	保管場所
障害福祉サービス 受給者証				
地域生活支援事業 受給者証				

7. 年金・手当など

移動支援(ガイドヘルプ)、地域活動支援センターなど

	番号	取扱金融機関	振込日	証書保管場所
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				
生命保険				

施設入所、または3ヶ月を超える入院の場合、受給資格がなくなります。

記入年月日(年 月 日)

更新年月日(年 月 日)

7. 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()	
その他 (傷害保険など)		1. 口座引落() 2. 窓口現金払い 3. その他()	
障がい者医療証			
精神通院医療 受給者証			

7. 自動車関係の優遇措置

窓口：府税事務所または自動車税事務所

	対象車輜	備考
自動車税 自動車取得税免除		
駐車禁止除外指定車標章		
有料道路通行料金割引		

7. その他

	番号	有効期限
住基番号		
パスポート		

7. 本人の財産(不動産)

名義人	所在地	利用状況	書類保管場所
特記事項			

7. 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)	
		カード(有・無)	
特記事項			

7. 本人の生活費について(月単位)

収 入			支 出		
科目	金額	備考	科目	金額	備考
障害基礎年金	円		福祉サービス 利用料	円	
給料	円		税金・健康保険 料など	円	
その他	円		生活費 (家賃・食費など)	円	
	円		医療費	円	
	円		こづかい	円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
	円			円	
合計	円		合計	円	

金銭管理で気をつけること、担当者など
