

知的に障害のある人のための
生活支援ファイル
シートブック5

けんこう いりょう きろく
健康・医療の記録

生まれてからの健康状態と医療の記録を残すこと
で、ご本人に必要な健康管理を「見える化」します。
既往症・感染症の予防接種歴・配慮が必要な体質の
把握・緊急時の対応等の「見える化」は、健康管理を
共有したり、継続したりすることにつながります。

社会福祉法人 名古屋手をつなぐ育成会

令和2年度まもる部会
令和3年度版

作成者：

健康・医療の記録

構成

5	障害の直接の原因となっている傷病の診断名 (障害名)・その他の持病(基礎疾患・慢性疾患)	5-①	1
	健康保険証・医療証・かかりつけ医・かかりつけ薬局	5-②	1
	体質・注意事項	5-③	4
	既往症	5-④	1
	(5-④補充シート)		(1)
	予防接種の記録	5-⑤A	1
		5-⑤B	1
	(5-⑤補充シート)		(1)
	長期使用の調剤薬(処方された薬)	5-⑥-	1
	かかりつけ医の受診記録	5-⑦	1
	(5-⑦補充シート)		(1)
	健康診断・診断書発行の記録	5-⑧-	1

記入欄が足りない時は 補充シート を使ってください。

ファイリング・記録の要点

- **資料を集めましょう。**
 - ・母子手帳 ・医療証 ・健康保険証 ・お薬手帳 ・処方箋 ・お薬の説明
 - ・診断書 ・検査結果 ・健康診断結果 ・診察券
 - ・各種申請書控え など。

(現在使用中のものは、コピーを取ってファイルするとよいでしょう。)
- 二次性徴期など身体の変わり目に合わせて書き換え、以前のものは記録として残しましょう。
- 5-⑥投薬についてはお薬手帳で代用することもできます。
特にてんかんの薬・精神の薬の場合は、使用していた期間と量、使用をやめた理由を記録しておくとい良いでしょう。
- 5-⑦かかりつけ医の記録は、受診している病院・科目ごとにシートを用意し、加療・検査の内容や医師の指示などを記録しておきましょう。
本人の病院での様子などもメモしておくとい通院支援の参考になります。
- 障害年金の申請には、
 - 初診の時の詳細な記録・年月日・医療機関名
 - 診断が確定した年月日・障害名または障害の直接の原因となっている傷病名
 - 治療と処方の経緯・入院の時期や期間・治療方針に結びつく検査の記録
 などが重要です。もらった書類なども記録とともにファイリングしておきましょう。
次回申請に備え、提出前の申請書類のコピーを保管するとよいでしょう。
- 5-⑧健康診断で気になる点・要検査や経過観察になった項目は記録しておきましょう。
血圧の記録なども加齢による変化を確認するのに役立ちます。

障害の直接の原因となっている傷病の診断名(障害名)

傷病名	年月日	年齢	診断機関	現在の主治医・通院状況
	発症または初診		発症または初診	
	診断名確定		診断名確定	
	発症または初診		発症または初診	
	診断名確定		診断名確定	
	発症または初診		発症または初診	
	診断名確定		診断名確定	

傷病の追加・記録したいこと：

その他の持病(基礎疾患・慢性疾患)

傷病名	発症または初診年月日・年齢・診断機関	現在の主治医・通院状況

日常生活の状況

ファイルしている資料・その他

健康保険証・医療証

名 称	番 号	備 考
健康保険証 ・社会保険（組合・共済） ・国民健康保険 ・後期高齢者医療制度	記号 番号 被保険者氏名	保険者番号 名称
名古屋市障害者医療証	名 ー ・	期限： 年 月 日
自立支援医療受給者証	公費負担番号 受給者番号	期限： 年 月 日
特定疾患・小児慢性特定疾患		期限： 年 月 日
		期限： 年 月 日
		期限： 年 月 日

かかりつけ医 ※区分認定調査などの診断書をお願いしている医療機関は備考欄に記載しておきましょう。

診療科	医療機関名・診察券番号	電話番号	住 所・備 考
内科(小児科)			
整形外科			
耳鼻科			
歯科			
眼科			
精神科・神経科			
皮膚科			
(自立支援医療等 指定医療機関)			
(区分認定調査・障害年金申請等 診断書作成医療機関)			

かかりつけ薬局

薬局名	電話番号	FAX 番号	住 所・備 考
(自立支援医療等 指定薬局)			

体質・注意事項

血液型	(Rh)	平熱	度	ふだんの血圧	—
-----	-------	----	---	--------	---

持病等に関わる注意事項・心配なこと：医師の指示・医療的な管理が必要なもの・持病による症状など

発作を伴う持病・救急の対応：発作の様子・種類・対応方法・連絡する医療機関等・特に連絡すること
 【発作の種類】 ・てんかん ・心臓 ・ぜんそく ・その他

アレルギー体質の有無・症状・救急の対応：症状・対応方法・連絡する医療機関等・特に連絡すること
 【原因物質】 ・食物 ・薬 ・その他

* 蜂に刺された経験や時期などアナフィラキシーにつながる情報も記録

今までにかかった（慢性ではない）大きな病気・けが：年月・傷病名・現在のようすなど

体質・注意事項

通院・受診の時の注意：治療手順をていねいに説明して欲しい・病院や白衣への抵抗感 など

検査・処置：予防接種や採血時の注意・苦手な検査(レントゲン・心電図・脳波など)・禁止の検査(MRS など)

処方・処方箋の注意：苦手な飲み薬の形態 ・一包化の希望など ・吸引タイプの薬が使えるか など

予防接種の予診票や初診時に記載すべきこと：

例) 特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・脳神経の病気・免疫不全症・血液疾患)にかかったことがある・薬や食品(特に鶏卵・鶏肉・その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり体の具合が悪くなったことがある・けいれんをおこしたことがある・間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがある・近親者に先天性免疫不全症の方がいる・分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常があった など

定期的に受けている健康診断の有無とがん検診の種類・健康診断の予診票に記載していること：

ご家族の健康歴：祖父母・両親・兄弟の健康や遺伝的傾向 など 例) 脳出血 高血圧症(動脈硬化) 心臓病
がん 糖尿病 肝臓病 アレルギー疾患 結核 ぜんそく 先天性免疫不全 など
ご本人の業務歴 例) 重量物 粉塵 激しい振動 有害物 放射線の取扱い など

入院生活で注意することなど：

体質・注意事項

常用薬(市販薬)：よく使う市販薬名・目的・使用量・飲み方・塗り方・貼り方・使い方・管理の方法

常用しているサプリメント：サプリメント名・目的・使用量・飲み方・管理の方法 など

病気の予防・悪化の防止のために食事や摂食方法で注意していること：

体に入れている器具・金属類と注意事項：ペースメーカー・VNS・骨折の処置 など

生活補装具・補助具の使用と注意事項：日常的に消毒や吸引が必要 など

体質・注意事項

体 質 と 予 防	冷え性・暑がり・寒がり・冷房に弱い・汗かき・のぼせ・熱がこもる・気圧の変化に弱い など
	耳鳴り・目の疲れ・ドライアイ・鼻血が出やすい・鼻づまり・鼻水・よだれ・喉が弱い・喉が渇く など
	乗り物酔い・めまい・貧血・立ちくらみ・むくみ・つりやすい・血が止まりにくい・扁桃腺が弱い など
	トイレが近い・下痢気味・軟便気味・便秘気味・おなかを壊しやすい・腹痛・嘔吐しやすい など
	生理がひどい・生理が不規則・生理痛・生理前のイライラ など
	頭痛・片頭痛 など
	動悸・息切れ・虚弱・体力不足・食欲不振・食欲むら・気分がわるくなる など
	肩こり・関節痛・腰痛・関節や筋の緊張・体が硬い・体が柔らかい・脱力・肩の痛み・膝の痛み など
	不安・うつ・緊張しやすい・興奮しやすい・チック など
	褥瘡・敏感肌・乾燥肌・肌荒れ・かゆみ・日焼けや紫外線への対応・虫に刺されると腫れる など
その他：アルコールやニコチン等へ依存・飲酒で酔いやすい など	

既往の感染症・病気・けが

病名	かかった時期	治療医療機関・病状・合併症など
麻疹（はしか）	年 月 日 歳頃 罹患・予防接種済	
風疹（三日はしか）	年 月 日 歳頃 罹患・予防接種済	
水痘（みずぼうそう）	年 月 日 歳頃 罹患・予防接種済	
おたふくかぜ （流行性耳下腺炎）	年 月 日 歳頃 罹患・予防接種済	
結核	年 月 日 歳頃 罹患・BCG接種済	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
感染症とは： <ul style="list-style-type: none"> ・突発性発疹・手足口病・りんご病（伝染性紅斑）・ロタウイルス（感染性胃腸炎） ・溶連菌・ヘルパンギーナ・プール熱（アデノウイルス・咽頭結膜熱） ・マイコプラズマ肺炎・RSウイルス・流行性結膜炎・水いぼ ・とびひ（伝染性膿痂疹）・新型コロナウイルスなど 		

既往の感染症・病気・けが

病名	かかった時期	治療医療機関・病状・合併症など
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	

ファイルしている資料・その他

予防接種の記録

予防接種の種類		接種年月日	保健・医療機関名	備考(接種後の反応など)
BCG		年 月 日		
	再接種	年 月 日		
ヒブ Hib (b型インフルエンザ菌)	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
	第3回	年 月 日		
	追加	年 月 日		
二種混合 DT ジフテリア(D) 破傷風(T)	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
ポリオ	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
	IPV 第3回	年 月 日		
	IPV 追加	年 月 日		
三種混合 1期 DTP ジフテリア(D) 破傷風(T) 百日咳(P)	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
	第3回	年 月 日		
	追加	年 月 日		
// 2期		年 月 日		
四種混合 1期 DTP-IPV ポリオ(IPV) ジフテリア(D) 破傷風(T) 百日咳(P)	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
	第3回	年 月 日		
	追加	年 月 日		
麻しん(はしか)	第1回	年 月 日		
風しん (三日はしか)	第1回	年 月 日		
二種混合 MR 麻しん(M) 風しん(R)	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
	第3回 (追加)	年 月 日		
日本脳炎 1期	第1回	年 月 日		
	第2回	年 月 日		
	第3回	年 月 日		

予防接種の記録

予防接種の種類	接種年月日	保健・医療機関名	備考(接種後の反応など)
日本脳炎2期	追加	年 月 日	
水痘 (水ぼうそう)	第1回	年 月 日	
	第2回	年 月 日	
おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	第1回	年 月 日	
	第2回	年 月 日	
小児肺炎球菌	第1回	年 月 日	
	第2回	年 月 日	
	第3回	年 月 日	
	追加	年 月 日	
ロタウイルス	第1回	年 月 日	
	第2回	年 月 日	
	第3回	年 月 日	
B型肝炎	第1回	年 月 日	
	第2回	年 月 日	
	追加	年 月 日	
子宮頸がん HPV	第1回	年 月 日	
	第2回	年 月 日	
	第3回	年 月 日	
高齢者肺炎球菌	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
帯状疱疹	年 月 日		
	年 月 日		
新型コロナウイルス (COVID-19)	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

健康・医療の記録

シートNo. 5-⑥-

氏名 _____

長期使用の調剤薬(処方された薬) ※処方箋やお薬手帳のコピーを利用してかまいません。

薬名 (形態・ジェネリック等)	処方目的・処方内容 (1回量・副作用) ※使用をやめた場合はやめた理由	飲み方・使い方 (時間・量・回数)
処方開始: 年 月	処方目的: 処方内容: 処方医療機関:	
処方開始: 年 月	処方目的: 処方内容: 処方医療機関:	
処方開始: 年 月	処方目的: 処方内容: 処方医療機関:	
処方開始: 年 月	処方目的: 処方内容: 処方医療機関:	
処方開始: 年 月	処方目的: 処方内容: 処方医療機関:	
記載例) ジクロフェナクNa錠 (ボルタレンジェネリック) ソロン錠 処方開始: ○年 ○月	処方目的: 変形膝関節症の痛み止め 処方内容: 1ヵ月分単位で処方 痛み止めとしてのジクロフェナク錠と胃 薬としてのソロン処方 1年ほど使用したが、痛みが改善しないた め別の薬に処方を変更 処方医療機関: ** 整形外科	1回に1錠ずつ、1日2回まで 痛みが出そうなときに頓服
形態とは: 飲み薬(錠剤・粉薬・顆粒・カプセル・シロップ など) 貼り薬・塗り薬・点眼薬・点耳薬・吸引・坐薬・注入・他 処方の経緯を記録することは障害年金の申請時に役立ちます。		

かかりつけ医の受診記録

病院名・科目 担当医名 診察券番号 住所 電話番号 () -	診断名 (慢性的な病気・持病の場合) 通院の頻度 継続的な検査 備 考
---	--

受診年月日	内 容 等
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	

かかりつけ医の受診記録

受診年月日	内 容 等
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	

健康診断・診断書発行の記録

受診年月日	医療機関名など	診断の結果・診断書の目的など
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()
年 月 日		身長 cm / 体重 kg / 腹囲 cm 血圧 — /がん検診 (肺・大腸・胃・乳・子宮頸) 尿蛋白 () 尿糖 ()