

フェイス ファイル

索引		
シート名	概要	目次
基本情報	氏名・住所・家族状況・緊急連絡先・基礎疾患等	フェイス-1
生育歴	3歳までの状況（出産・健診・発達状況）等	フェイス-2
医療情報（1）	既往歴・大きな怪我や病気・体質・配慮事項等	フェイス-3
医療情報（2）	保険・かかりつけ医・受診時の留意・常用薬等	フェイス-4
医療情報（3）	特別の医療や処置等・その留意事項等	フェイス-5
医療情報（4）	補装具等の状況	フェイス-6
医療情報（5）	薬シート（貼付用）	フェイス-7
福祉情報	診断内容・手帳・収入や住居状況・福祉サービス	フェイス-8
所属相談歴	幼児期の所属履歴と相談等履歴	フェイス-9
所属相談歴	学童期の所属履歴と相談等履歴	フェイス-10
所属相談歴	青年期成人期の所属履歴と相談等履歴	フェイス-11
相談歴追加シート	相談等履歴の追加シート	フェイス-12
ヒストリーシート	テーマ別履歴シート	フェイス-13
ツールシート（1）	歯科医療サポート情報シート	フェイス-14
ツールシート（2）	視診時診シート	フェイス-15
支援マップ	本人と支援関係 支援の基本	フェイス-16



基本情報

記入日 (年 月 日)

ふりがな		性別	男・女	血液型 (年 月 日 検査) ABO式 () Rh式 ()
氏名		愛称 <small>(いつも呼ばれている呼び名)</small>		生年月日 年 月 日
住所	〒 - 山口県			
	電話番号:		携帯番号:	

家族状況

(年 月 日 現在)

続柄	氏名	生年月日	連絡先 (電話・住所)	備考

緊急連絡先

(年 月 日 現在)

順位	氏名	連絡先 (電話・携帯)	備考

持病 (基礎疾患)・体質等 (該当に☑を)

きんきやく 禁忌薬 (飲んではいけない薬)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬の名称など
アレルギー	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー
	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー
	環境アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー
てんかん	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	タイプ・特徴
持病 (慢性的な病気)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病名など
常用薬 (いつも飲んでいる薬)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬の名称など

本人の状態 (該当に☑を)

麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	麻痺の状況
移動	<input type="checkbox"/> ひとりで歩行できる <input type="checkbox"/> 見守りや声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子や補装具を使用	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 偏食が激しい <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 少食	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	
意思表示	<input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> 要求が言える <input type="checkbox"/> 2-3語文が話せる <input type="checkbox"/> 会話ができる	

産まれる前から3歳までの状況

出産前	
・妊娠中、特に気になることはありましたか？(具体的に)	
出産時	
●出産予定日(年 月 日) ●出産日(年 月 日) (週)	
●お母さんの年齢(歳) ●分娩の経過は？: 頭位・骨盤位・その他()	
●赤ちゃんの ◆体重(g) ◆身長(cm) ◆胸囲(cm) ◆頭囲(cm)	
●その他 ◆仮死状態: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ◆アプガール得点:(/10点) 分後(/10点)	
◆ABR(新生児聴覚検査): <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 要再検	
乳幼児健診の状況(特記すること)	
1歳未満健診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない
1歳半健康診査	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない
3歳児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない
5歳児発達診査	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない
発達状況	
●乳の飲み方は? <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱かった <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
●運動発達は? 首のすわり(ヶ月)、寝返り(ヶ月)、お座り(ヶ月) はいはい(ヶ月)、ひとり歩き(歳 ヶ月)	
●聞こえについて気になることがありましたか? <input type="checkbox"/> はい(ヶ月頃) <input type="checkbox"/> いいえ	
●あやすと笑いましたか? <input type="checkbox"/> はい(ヶ月頃からしていた) <input type="checkbox"/> いいえ	
●視線の合わせ方はどうでしたか? <input type="checkbox"/> よく合った <input type="checkbox"/> 合うこともある <input type="checkbox"/> 合いにくかった	
●人見知りをしましたか? <input type="checkbox"/> はい(ヶ月頃からしていた) <input type="checkbox"/> いいえ	
●親の後追いをしましたか? <input type="checkbox"/> はい(ヶ月頃からしていた) <input type="checkbox"/> いいえ	
●指さしをしましたか? <input type="checkbox"/> はい(ヶ月頃からしていた) <input type="checkbox"/> いいえ	
●初めて言葉(ワンワン、ママー など)を言ったのは? 歳 ヶ月頃 言った言葉:	
●2つ以上言葉を続けて言った(「ワンワン行った」)のは? 歳 ヶ月頃 言った言葉:	
●育児で気になったことはありますか?(あれば☑をつけてください)	
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 寝てばかりいた <input type="checkbox"/> あまり寝ない <input type="checkbox"/> よく動きまわる <input type="checkbox"/> かんしゃく	
<input type="checkbox"/> 気持ちの切りかえができない <input type="checkbox"/> 病気がちだった <input type="checkbox"/> その他()	
●好きなものは何ですか?	
●よくする遊びは何ですか?	
3歳までにかった大きな病気やケガ	
<input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他	
3歳までの特記事項	

医療情報（2）

記入日（ 年 月 日）

保険等

健康保険証 記号番号		乳幼児医療費受給者証・福祉医療証			
<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 健保（政・組）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<table border="1"> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> </tr> </table>	公費負担者番号	受給者番号
公費負担者番号	受給者番号				

かかりつけの医療機関

医療機関名	診療科名	所在地
	主治医	電話
	診療科名	所在地
	主治医	電話
	診療科名	所在地
	主治医	電話
	診療科名	所在地
	主治医	電話

受診の際に気をつけてほしいこと

	病院内での主な様子	本人への治療方法の伝え方	その他注意してほしいこと
待合室			
診察室			
注射			

禁忌薬（飲んではいけない薬）

薬名	どんな薬
----	------

常用薬 ※ 薬局からのお薬シールがあれば後のページに貼ってください。

薬名（処方期間）	何の薬（処方目的、副作用等）	服用状況	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		留意事項	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		留意事項	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		留意事項	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		留意事項	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		留意事項	
年 月～ 年 月		服薬時間	形状
		留意事項	

特別な医療や措置 (定期的、あるいは頻回に受けているもの) 処置や対応の内容 (〇をしてください)			
点滴の管理			経管栄養 (胃ろう)
中心静脈栄養			吸引処置 (回/日) <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的
透析			モニター測定 (<input type="checkbox"/> 酸素飽和度 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心拍)
ストーマの位置			カテーテル <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> コンドーム型 <input type="checkbox"/> その他 ()
酸素療法			褥瘡 (床ずれ)
レスピレーター			体位交換
気管切開の処置			その他
疼痛の看護			

○安全な処置や対応のための留意事項
 (上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。)

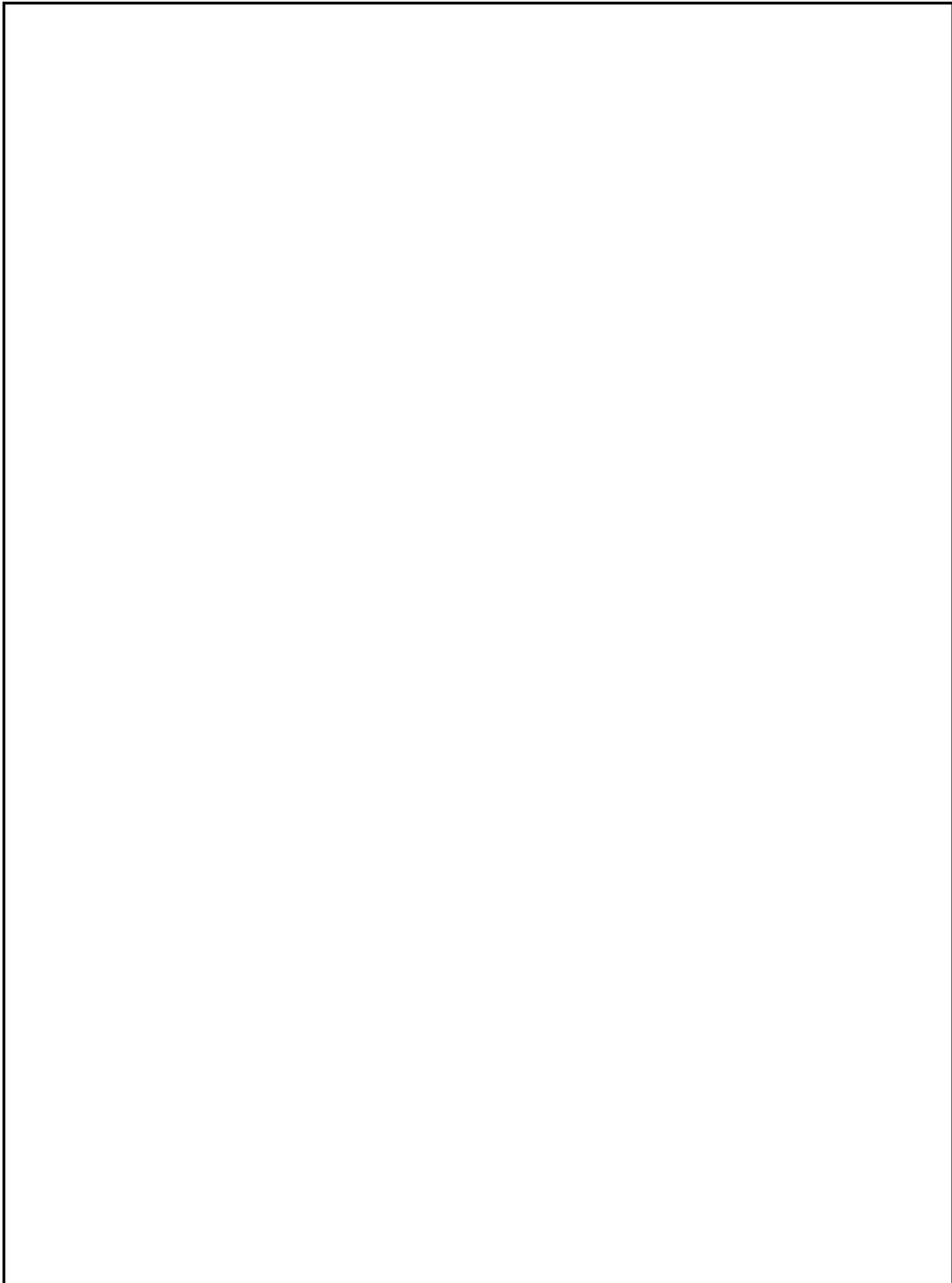
その他

補装具等 (※可能であればリハビリの先生等に記入してもらうことが望ましいでしょう。)																							
機器等の名称												機器等の名称											
機器等の種類				<input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 日常生活用具 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他								機器等の種類				<input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 日常生活用具 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他							
申請等	申請日		年		月		日		申請等	申請日		年		月		日							
	判定日		年		月		日			判定日		年		月		日							
	交付日		年		月		日			交付日		年		月		日							
	交付自治体										交付自治体												
	耐用年数		年		交付時年齢		歳			耐用年数		年		交付時年齢		歳							
記入者	所属										所属												
	職名										職名												
	氏名										氏名												
	連絡先										連絡先												
納入者	所属										所属												
	職名										職名												
	氏名										氏名												
	連絡先										連絡先												
導入目的等												導入目的等											
使用時間				0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24								使用時間				0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24							
操作方法・留意事項												操作方法・留意事項											
寸法等												寸法等											

医療情報 (5)

貼付開始日 (年 月 日)

※薬局からのお薬シールがあればこちらに貼ってください。



福祉情報
診断の内容

記入日 (年 月 日)

診断名	診断を受けた時期	診断機関	診断内容
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		

持っている手帳など

手帳の種類	手帳番号	等級等	取得日	次回判定年月
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				年 月
療育手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				年 月
精神障害者 保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				年 月
医療補助	公費負担者番号	受給者番号		
重度心身障害者 医療費受給者証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
自立支援医療 (育成・更生・精神通院) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
小児慢性特定 疾患医療受給券 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

収入・住居の状況 (本人が未成年の場合は、ご家族の状況を記入してください)

収入の状況	障害年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	勤労収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他	
住居の状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> その他:			

福祉サービス事業所利用状況 ※受給者証を参照

事業所名	住 所	電話番号	利用サービス名

所属・相談歴（乳幼児期）

記入開始日（ 年 月 日）

通園施設、幼稚園、保育所、福祉サービス事業所

施設名（所在地等）		所属期間	担任等	備考
名称		年 月 ~		
所在地		年 月		
電話		~ 歳		
名称		年 月 ~		
所在地		年 月		
電話		~ 歳		
名称		年 月 ~		
所在地		年 月		
電話		~ 歳		
名称		年 月 ~		
所在地		年 月		
電話		~ 歳		
名称		年 月 ~		
所在地		年 月		
電話		~ 歳		

相談・検査・訓練等記録

相談等年月日	機関名等 <small>（保健センター・病院・療育センター・児童相談所等）</small>	内容等
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳 ヶ月	担当者	
	【TEL】（ ） -	

所属・相談歴(学齢期)

記入開始日(年 月 日)

小学校、総合支援学校

(特別支援学級在籍: 有 無)

学校名等(所在地等)	所属期間	担任等	備考
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		

中学校、総合支援学校

(特別支援学級在籍: 有 無)

学校名等(所在地等)	所属期間	担任等	備考
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		

高等学校、総合支援学校等

(特別支援学級在籍: 有 無)

学校名等(所在地等)	所属期間	担任等	備考
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		

大学・短期大学・専門学校等

学校名等(所在地等)	所属期間	担任等	備考
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		
	年 月 ~ 年 月 年生 学期 ~ 年生 学期		

相談・検査・訓練等記録

相談等年月日	機関名等 (保健センター・病院・療育センター・児童相談所等)	内容等
年 月 日 本人 歳	機関名 担当者 【E】() -	
年 月 日 本人 歳	機関名 担当者 【E】() -	
年 月 日 本人 歳	機関名 担当者 【E】() -	
年 月 日 本人 歳	機関名 担当者 【E】() -	
年 月 日 本人 歳	機関名 担当者 【E】() -	

所属・相談歴（成人期）
福祉サービス事業所等

（記入開始日 年 月 日）

事業所名/利用期間	所在地	電話番号	担当者
年 月～ 年 月	利用サービス名		送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月～ 年 月	利用サービス名		送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月～ 年 月	利用サービス名		送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月～ 年 月	利用サービス名		送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

事業所等（実習含む）

事業所名/期間	所在地	電話番号	担当上司
年 月～ 年 月	仕事の内容		
年 月～ 年 月	仕事の内容		
年 月～ 年 月	仕事の内容		
年 月～ 年 月	仕事の内容		

相談・検査・訓練等記録

相談等年月日	機関名等 <small>（保健センター・病院・療育センター・児童相談所等）</small>	内容等
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	
年 月 日	機関名	
本人 歳	担当者 【TEL】（ ） -	

ツールシート (2)

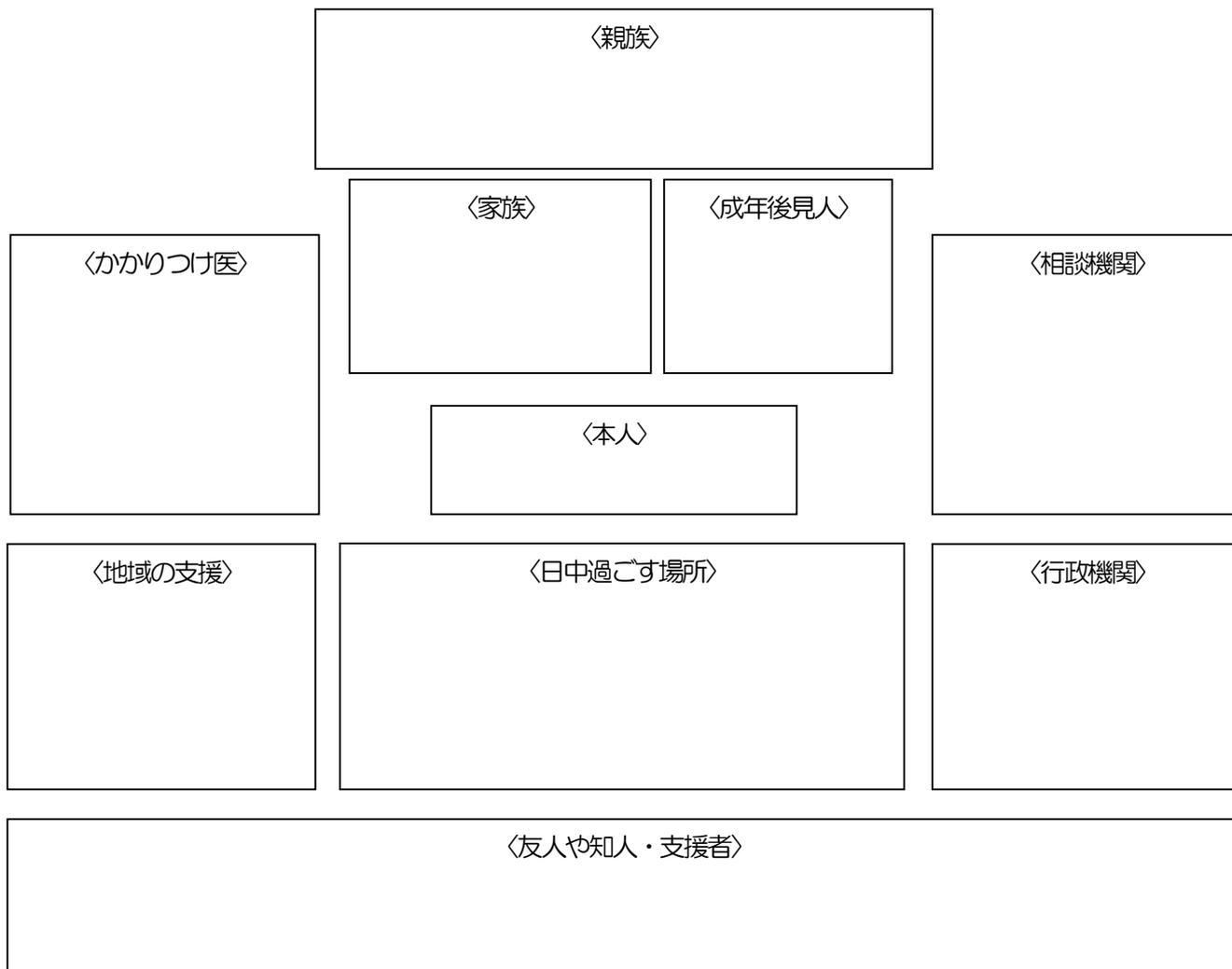
(記入日 年 月 日)

初診時 問診シート

一般診療時に、本人が携えれば問診票の代わりになる情報シートです。

※ 医療機関の方へ：本人が書きやすい様式にした問診票です。活用していただければ幸いです。

ふりがな		生年	年				
氏名		月日	月	日生	年齢		性別
現住所		連絡先				記入者	
<p>● どのような症状ですか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 痰がからむ <input type="checkbox"/> 咳がでる <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 吐き気がする <input type="checkbox"/> 下痢がある <input type="checkbox"/> 怪我をした <input type="checkbox"/> 気分が悪い <input type="checkbox"/> その他の症状： </p>							
<p>● いつ頃から症状が始まりましたか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 今朝から <input type="checkbox"/> 直前から <input type="checkbox"/> その他： </p>							
<p>● 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名： </p>							
<p>● 今までに手術を受けたことがありますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 手術名： </p>							
<p>● 今までに輸血を受けたことがありますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p>							
<p>● 今までに生活習慣病を指摘されたことがありますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他：) </p>							
<p>● 生活習慣について、おたずねします。</p> <p>1) お酒(アルコール)は飲みますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 2-3日おき <input type="checkbox"/> 1-2日おき <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 を 年間 </p>							
<p>2) 煙草を吸いますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (本/一日を 年間、続けています) </p>							
<p>3) 平均の睡眠時間(一日で寝ている時間)は？ : 時間/日</p>							
<p>● 今までに薬を飲んだり、注射のあとで気分が悪くなったり、身体に発疹がでたりしたことがありますか？ (あてはまることに印[し]をして下さい)</p> <p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 具体的に： </p>							
<p>※ 女性の方に、おたずねします。 (あてはまることに印[し]をして下さい)</p>							
<p>1) 妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ケ月) <input type="checkbox"/> 可能性あり</p>							
<p>2) 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>							
<p>● 診察にあたってお願いしたいことがありますか？</p>							



支援の基本