



医療的ケア児支援のための マイノート



マイノートは、お子さんの健やかな成長を記録し、乳幼児期から一貫した支援に役立つツールとして役立てていただける内容となっております。また、**緊急時の資料**とさせていただきます。

すべてをうめる必要はありません。必要なところだけを利用してください。

また、マイノートは毎年の確認・訂正をお願いいたします。訂正は二重線、追加は変更年月日を含めて余白に記入してください。

訂正・追加はいずれも黒インク以外をご使用ください。

訂正が広範囲になった場合には、新しい用紙をご利用ください。

初回記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お子さんの 氏名		男 女	年 月 日
保護者氏名		続柄	
住所			電話
緊急連絡先	続柄 ()		電話
	続柄 ()		電話

※ この医療的ケア児支援のためのマイノートには個人情報に記載されています。
関係機関の方は、取り扱いに十分なお配慮とご注意をお願いいたします。



お問い合わせ 葛飾区障害福祉課 相談係 電話 03-5654-8628



～医療的ケア児支援のための マイノートについて～



保護者様へ

- 「マイノート」は、お子さんの健やかな成長を記録し、一貫した支援に役立てるノートとしてお使いください。
- 何度も同じ説明をする必要がなくなる等、保護者の負担軽減に活用してください。
- 個人情報の同意がいただければ、関係機関に情報提供をさせていただきます。

<作成及び使用方法>

- 1 紙又はデータ（※葛飾区HPからダウンロード可能です）で作成できます。作成した書類はファイルに閉じてお使いください。関係機関や関係者と一緒に記入することも可能です。
- 2 関係機関や関係者に相談する際はファイルを持参してください。

例)ヘルパー支援利用開始時
保育園・幼稚園入園時
学校入学時 など

- 3 関係機関や関係者がファイルから得た情報については、個人情報に関する関係法令に留意し、保護者の同意を得た場合のみ、情報を共有します。

関係機関様へ

- 関係機関は、「マイノート」から得られた情報から気づいたこと等を保護者と共有し、支援の仕方等を一緒に考えます。また、保護者の同意を得て、次のライフステージに関係する機関に必要な情報を引き継ぐことも可能です。

★個人情報の同意★

私は、私及び私の世帯の情報について、障害福祉課・保育課・障害者施設課・保健予防課
保健センター・子ども家庭支援課・総合教育センター・子育て施設支援課に必要に応じて
情報を提供することに同意します。

日付	署名(サイン)
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

妊娠中の健康状態	(1) 良好 (2) 高血圧 (3) 妊娠糖尿病 (4) むくみ (5) 貧血					
	6) その他 []					
出産時の健康状態	分娩	<input type="checkbox"/> 正常分娩		<input type="checkbox"/> 帝王切開		
	在胎週数	週		日		
	出生時の体重	g	身長	cm	頭囲	cm
	仮死	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	黄疸	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	保育器使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	けいれん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	酸素投与	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	その他		
発育の様子					受けた療育および訓練	
生後1週間						
1歳まで						
3歳まで						
6歳まで						
現在気になること						
首のすわり	不可・可 (歳 ヶ月)	二語文が言える	不可・可 (歳 ヶ月)			
寝返り	不可・可 (歳 ヶ月)	よく話をする	不可・可 (歳 ヶ月)			
一人で座れる	不可・可 (歳 ヶ月)	身振りをまねする	不可・可 (歳 ヶ月)			
よつばい	不可・可 (歳 ヶ月)	積み木を二つ重ねる	不可・可 (歳 ヶ月)			
つかまり立ち	不可・可 (歳 ヶ月)	身の回りのことが目分てできる	不可・可 (歳 ヶ月)			
独歩	不可・可 (歳 ヶ月)	友達と一緒に遊ぶ	不可・可 (歳 ヶ月)			
かたことを言う	不可・可 (歳 ヶ月)	ルールを守って遊んだり生活したりする	不可・可 (歳 ヶ月)			
主障害について	受診の理由	診断名	病院名	医師名		
		(歳時)		科 先生		
	診断後は	①通院はしなかった ②定期的に通院している ③必要時のみ通院している				
これまでの治療経過	年齢	診断名	治療・手術及び訓練	病院名		
	歳					
	歳					



日常の様子について

年 月 日

平熱 度～度 普段の酸素飽和度 (SpO2) の値 (～ %)	(該当するものに○印をつけてください) ・頭痛 ・便秘 ・下痢 ・腰痛 ・嘔吐しやすい ・寝れやすい ・体温調節にくい ・脱水になりやすい ・発熱しやすい ・鼻血がでやすい ・傷が化膿しやすい ・扁桃腺が腫れやすい ・目がかゆくなりやすい ・肌がかぶれやすい ・初経 () 年 () 月 ・その他 ()
視力	・不明 ・普通 ・見えにくいー裸眼視力が分かれれば (右 左) ・眼鏡を使用ー眼鏡の種類 (遠視・乱視・近視・斜視) 矯正視力が分かれれば (右 左)
聴力	・不明 ・普通 ・聞こえにくいー聴力が分かれれば (右 dB 左 dB) ・補聴器を使用ー聴器の種類 (感音性・伝音性) 補聴器をしての聴力 (右 dB 左 dB)
排便	・自然排便 ・座薬を使用しての排便 ・浣腸 ・ () 日に () 回 ・使用する薬剤があれば ()
禁忌事項 (薬・注射・アレルギー等)	□ない □ある (具体的に記入してください)



家庭でのケアについて □なし □あり

経管栄養	□常時経管栄養 □常時経管栄養と経口摂取を併用 □不調時のみ経管栄養 □経鼻 □胃ろう □腸ろう □その他 () チューブの種類 () チューブの太さ (Fr.) チューブの挿入の長さ (cm) 交換頻度 (週・月ごと) 栄養について いつ・なにを・どのくらい・何分かけて () 水分について いつ・なにを・どのくらい・何分かけて ()
吸引	□常時実施 □不調時のみ実施 吸引回数 (おおよそ 回/日) 吸引部位・使用カテーテル・挿入の長さ 鼻: (Fr.) (cm) 口: (Fr.) (cm) カニューレ内: (Fr.) (cm)
吸入	生理食塩水の吸入について (回/日) □常時実施 □不調時のみ 薬液の吸入について (回/日) 薬品名と量 () □常時実施 □不調時のみ
酸素	□常時 (L/分) □就寝中のみ (L/分) □不調時のみ (L/分) 方法 → □鼻腔カニューレ □マスク □その他 ()
呼気補助	□常時使用 □就寝時のみ使用 □不調時のみ使用 使用機種 () 方法 → □マスク □気管カニューレ □その他 ()
導尿	1日の導尿回数 (おおよそ 回～ 回) カテーテルの太さ・挿入の長さ (Fr.) (cm) 定刻に導尿が行えないとき (排せつされる・排せつされず逆流する・その他)
その他	



発作（けいれん・ひきつけ）について

けいれん・ひきつけ		無・有 ⇒ <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬の処方 無・有（
医師の診断	・てんかん ・熱性けいれん ・その他（ ）	
初めての発作	年 月（ 歳 ヶ月）	
最近の発作の様子	・現在も発作がある⇒頻度（大発作） 日・週・月・年 回程度 （小発作） 日・週・月・年 回程度 ・現在、発作はない（最終： 年 月 歳の時）	
発作を起こしやすい状況	〔例：入眠時、睡眠中、空腹時、月経時、疲れた時、泣いた時、光や音などの刺激を受けた時など〕	
けいれん・ひきつけがある場合	発作の状態や 持続時間及び 対応の仕方	〔例：全身けいれんと硬直する発作が1分以上続いたら坐薬を挿入する。一点を見つめて意識なく、嘔吐し入眠する。10分以上続いたら坐薬を挿入する。2回目の発作がおきたら医療機関搬送。38度以上の発熱で坐薬挿入など〕 〔大発作〕 〔小発作〕
	その他、配慮が必要なこと	

主治医から日常生活で配慮するよう指示されていることがあれば記入してください。

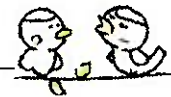
健康面で注意してほしいこと(喘息の様子、アレルギーなど)・心配なことがあれば記入してください。

今までにかかった病気について

病気の診断名等	診断年齢	その時の様子（経過、注意事項等）	現在の通院
麻疹（はしか）			/
流行性目下腺炎（おたふくかぜ）			/
風疹（三日はしか）			/
水痘（水ぼうそう）			/
結核			有・無
アレルギー		（原因物質や症状を具体的に記入してください）	有・無
喘息			有・無
肺炎			有・無
心臓の病気 〔 〕			有・無
腎臓の病気 〔 〕			有・無
皮膚の病気 〔 〕			有・無
水頭症 シャント留置 （ なし・あり ）	初回挿入年月（ 年 月） 最終入れ替え年月（ 年 月） シャントトラブル時の症状（ ） シャントトラブル時の対応（ ）		有・無
その他	〔 〕		有・無
	〔 〕		有・無
	〔 〕		有・無
	〔 〕		有・無
	〔 〕		有・無

今までに受けた予防接種について

受けたものに○をつけてください



		受けた日						
ロ Hib (インフルエンザB型)		年	月	日	年	月	日	
	追加	年	月	日				
小児用 肺炎球菌		年	月	日	年	月	日	
	追加	年	月	日				
B型肝炎		年	月	日	年	月	日	
ロタウイルス		年	月	日	年	月	日	
BCG		年	月	日				
水痘 (水ぼうそう)		年	月	日	年	月	日	
麻疹風疹 (MR)	I期	年	月	日	II期	年	月	日
日本脳炎	I期	年	月	日	年	月	日	
	II期	年	月	日				
三種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風)	I期	年	月	日	年	月	日	
	追加	年	月	日	II期	年	月	日
ポリオ		年	月	日	年	月	日	
四種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)		年	月	日	年	月	日	
	追加	年	月	日				
二種混合 (ジフテリア、破傷風)	II期	年	月	日				
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		年	月	日	年	月	日	
子宮頸がん (HPV)		年	月	日	年	月	日	
その他								
その他								
その他								

現在かかっている医療機関など

年 月 日

医療機関名	診療科・主治医	電話番号	通院状況
1	科 先生	()	<input type="checkbox"/> 定期的 月に 半年に 一年に ()回 <input type="checkbox"/> 不定期
2	科 先生	()	<input type="checkbox"/> 定期的 月に 半年に 一年に ()回 <input type="checkbox"/> 不定期
3	科 先生	()	<input type="checkbox"/> 定期的 月に 半年に 一年に ()回 <input type="checkbox"/> 不定期
4	科 先生	()	<input type="checkbox"/> 定期的 月に 半年に 一年に ()回 <input type="checkbox"/> 不定期
5	科 先生	()	<input type="checkbox"/> 定期的 月に 半年に 一年に ()回 <input type="checkbox"/> 不定期
6	科 先生	()歳から ()歳まで 指導内容	<input type="checkbox"/> 定期的 月に 半年に 一年に ()回 <input type="checkbox"/> 不定期

愛の手帳	度	精神障害者福祉手帳	級	子ども医療証	有 ・ 無
身体障害者手帳	種	級	身体障害者医療費受給者証		有 ・ 無
その他の医療助成等	無 ・ 有 ()				

支援機関

支援機関名	担当者	所在地・連絡先
		住所 電話番号 ()
		住所 電話番号 ()
		住所 電話番号 ()



服薬状況について



- 現在服薬なし → 過去に飲んでいたことがある
 薬の名前 () 服薬期間 年 月 ~ 年 月
 現在服薬している → 現在の服薬内容を教えてください。
 頓服で服薬するものも記入してください。処方箋やお薬手帳のコピー添付も可
 自分で忘れずに服薬する 声かけて服薬する

薬の名前	服用時間	通院状況
・	朝・昼・夕・夜	
・	朝・昼・夕・夜	
・	朝・昼・夕・夜	
・	朝・昼・夕・夜	
・	朝・昼・夕・夜	
・	朝・昼・夕・夜	

屯用の薬

薬の名前	服用の理由	1回の用量

★処方箋等は、こちらに貼付してください。



A large rectangular area enclosed by a dashed line, intended for pasting prescriptions or other documents.