

# そなえるノート

## ～親生きあとをみすえて～



子どもの氏名：

記入する方の氏名：

続柄：

### ◆ノートを手に取られる方へ

これは親が、子どものために残すノートです。

親の死後、子どものことを支えてくれる人たちに、親の想いを引き継ぐことで、より良い支援を目指すことができるものです。

### ◆子どもを支える方へ

キーパーソンや支援者が変わるとときは、このノートも一緒に引き継いでください。また、その時点での最新の情報も含めて引き継ぐことで、より子どものことがわかる情報になっていきます。

## 記入について

障がいのあるお子さんがいらっしゃる親にとって、自分たちがいなくなった後、子どもの生活がどうなるのかは大きな心配事です。将来のために何をすればいいのかもわからないという方も多いと思います。そこで将来の大きな不安に対して少しずつ準備、整理するために、このノートを活用していただけます。

## 書き方

- ・書けるところから記入していきましょう
- ・適宜、情報を更新していきましょう

## 保管方法

- ・突然の出来事でも対応できるように保管を工夫しましょう

### 【例】

- ・自宅のわかるところに置く
- ・福祉サービス事業所や相談支援事業所等に預かってもらう
- ・親戚等に預けておく
- ・必要な書類（処方箋や、手帳等）のコピーと一緒に保管しましょう
- ・大切な個人情報が多く含まれています。保管や持ち歩きには十分ご注意ください。



## I. 基本情報 子ども(ご本人)のことを書いてください



ふりがな			性別	生年月日 年齢	(大正・昭和・平成)	
氏名					血液型	型
住所	〒 -			電話		
緊急時 連絡先	〒 - 氏名 本人との関係( )			電話		
障がいまたは疾患名						
<input type="checkbox"/> 身体障害手帳	級	<input type="checkbox"/> 本人が所持 <input type="checkbox"/> 家族が保管 保管場所:				
<input type="checkbox"/> 療育手帳						
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳	級					

## 2. 連絡先一覧

優先順位が高い連絡先から順番に記入



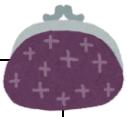
氏名	続柄	住所	電話番号	緊急連絡の可否
特記事項				

### 3. 医療情報



①	疾患名					
	病院名/科					
	主治医					
	受診頻度					
	服薬状況					
	その他					
②	疾患名					
	病院名/科					
	主治医					
	受診頻度					
	服薬状況					
	その他					
③	疾患名					
	病院名/科					
	主治医					
	受診頻度					
	服薬状況					
	その他					
④	疾患名					
	病院名/科					
	主治医					
	受診頻度					
	服薬状況					
	その他					
身長	cm	体重	kg	平熱	°C	
既往歴(過去にかかった病気)						

#### 4. 金銭管理・契約



本人の収入	<input type="checkbox"/> 障害年金:月額 円( <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 / <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 ) <input type="checkbox"/> 給料月額:月額 円 <input type="checkbox"/> 生活保護:月額 円 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当:月額 円 <input type="checkbox"/> その他: 収入合計:月額 円
通帳管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 成年後見制度 ( <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助) 担当者: 連絡先: <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業／( )社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 担当者: 連絡先: 住 所: 関 係:
おこづかい	管理方法(日、週、月毎)
本人の債務	<input type="checkbox"/> あり／内容: <input type="checkbox"/> なし 総額 円 · 社 毎月 円支払い
契約	色んな契約について、自分で正しく判断できる <input type="checkbox"/> 判断できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない 不安なことなど:
特記事項	

## 5. 福祉サービス



障がい福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
障がい福祉サービス受給者証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
相談支援専門員	事業所名: 担当者: 連絡先:
介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→下記の項目に記入
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
介護支援専門員	事業所名: 介護支援専門員: 電話:
利用しているサービス	利用している事業所・担当者等
特記事項	



## 6. 成育歴

住んでいた場所、施設名、学校、エピソードなど	
出生	
幼児期	
小学校	
中学校	
高校	
大学・ 専門学校	
歳～	
特記事項	



## 7. 一週間の生活の様子

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
主な日常生活上の活動等							
年単位で定例化されていること(帰省・旅行)							



## 8. 就労状況

就労状況	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> していたことがある
年 月 ～ 年 月	
特記事項	

## 9. 本人のこと

好きなこと(もの)や得意なこと

嫌いなこと(もの)や得意なこと

性格

特に支援してほしいこと

支援するときに特に気を付けてほしいこと

本人が感じやすい困り感

周囲が感じやすい困り感

コミュニケーションで必要な配慮

相談できる人(親族・知人・相談支援事業所・サービス提供事業者等)

食事の配慮

アレルギー

好きな食べ物
嫌いな食べ物
飲酒・喫煙 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ギャンブル ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> パチンコ <input type="checkbox"/> 競艇 <input type="checkbox"/> 競馬 <input type="checkbox"/> その他( ))
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
着替え・身だしなみ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
掃除 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
料理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
洗濯 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
買い物 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
睡眠 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )
交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援必要 支援内容( )

## 10. 財産・保険・貴重品等

【取扱注意情報】



## 不動産

所在地(不動産登記)	面積	種類	備考
		土地・建物	
		土地・建物	

## 預貯金

金融機関名	本・支店名	口座の種類	備考

## 生命保険・損害保険等

保険会社等	種類	保険証券番号	支払予定額	備考

相続に関する遺言 なし あり

遺言書の種類	保管場所	連絡先
		連絡先: 担当者:
備考:		

お墓について なし あり

場所	法事等の希望	連絡先
		連絡先: 担当者:
備考:		

## 貴重品類の保管方法



## II. 自由記述



※ このノートは、福津市、古賀市、新宮町障害者地域支援ネットワーク相談支援部会の監修の元、  
福津市基幹相談支援センターが作成をしました。

記入した日	年	月	日	
見直しした日	年	月	日	(記載者: )
	年	月	日	(記載者: )
	年	月	日	(記載者: )
	年	月	日	(記載者: )
	年	月	日	(記載者: )
	年	月	日	(記載者: )
	年	月	日	(記載者: )