

むさしむらやま マイファイル 【学齢期用】



市広報キャラクター
「M ジロ」

このファイルは本人にとって非常に大切な情報が記録されています。
ひろわれた方は、お手数ですが、武蔵村山市障害福祉課（TEL：042
-590-1185）までお知らせくださいますよう、お願いいたし
ます。

～むさしむらやまマイファイルについて～

このむさしむらやまマイファイルは、ご本人やご家族が成長に関する情報をひとつにまとめるためのファイルです。成長を記録する「親子健康手帳」や、保育園・幼稚園・学校などでの成長に関する資料をいれていきましょう。成長とともに、マイファイルは完成していきます。

※むさしむらやまマイファイルの使い方※

- ① ご本人やご家族が必要なシートを使い、ご本人のことで伝えたいことを書きます。書くことが難しい場合は、周囲の信頼できる人に手伝ってもらうことも可能です。
 - ② シートが完成したら、「親子健康手帳」や、保育園・幼稚園・学校などでの成長に関する資料と一緒にファイルにはさみます。
- ※ ご本人またはご家族が管理・保管し、ご本人の必要な情報を記録していくものです。情報に変更があった場合には、訂正・加筆してください。すべての欄に記入する必要はありません。必要の無い項目は空欄のままにしても構いません。また、必要の無いページは取り外すことも可能です。

●むさしむらやまマイファイルにまとめることで・・・

- ・ 成長を感じたり、関わり方を考えたりする資料となります。
- ・ 関係機関が情報を共有し、切れ目なく伝わることで、よりよい支援につながります。例えば、学校を卒業したとき、災害が起こったときなどに活用できるツールとなることを想定しています。

注意事項

① ご本人やご家族の方へ

個人情報等の内容について細心の注意を払い、取り扱ってください。紛失することのないよう管理してください。

② 関係機関の皆様へ

ご本人がむさしむらやまマイファイルをお持ちになった場合、ぜひ内容をご確認いただき、ご活用ください。コピーをする場合は、必ずご本人の承諾を得たうえで行い、取扱いには十分注意してください。

ファイルの内容に関して、関係機関同士で情報交換する際も、ご本人に承諾を得ることが必要です。



ファイルの構成

(以下より必要なシートをお使いください。)

- (1) 重要な情報
- (2) 保険・医療等の情報
- (3) 対人関係マップ
- (4) 成育歴
- (5) 発達状況
- (6) —A 幼稚園等の記録【乳幼児期】
- (6) —B 小学校・中学校・高等学校時代の記録【学齢期】
- (6) —C 就労等の記録【成人期】
- (7) 相談・支援等の記録
- (8) 通院の記録
- (別紙) 支援機関一覧

乳幼児期の発達記録は、親子健康手帳の記録で代用できます。必要にあわせてシートを使って記入し、むさしむらやまマイファイルにつづってください。





重要な情報

シート(1)

【本人のこと】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日生
ニックネーム		血液型	A ・ B ・ O ・ AB (Rh + ・ -)
平熱	度	血圧	/
住所	〒		
住所	〒		
電話番号		携帯電話	

【保護者】

氏名	続柄	住所	電話番号

【緊急連絡先（保護者以外の家族・親戚など）】

氏名	続柄	住所	電話番号

【主な日中の居場所】 在宅 通園通学先 通所先 勤務先

名称	
住所など	〒

【相談・支援機関】（保健センター・保健所・児童相談所・地域生活支援センターなど）

名称		担当者	
住所など	〒		

【本人の障害者手帳など】

身体障害者手帳	無 ・ 有 番号 () (種 級 障害名)
愛の手帳	無 ・ 有 番号 () (1度 ・ 2度 ・ 3度 ・ 4度)
精神障害者保健福祉手帳	無 ・ 有 番号 () (1級 ・ 2級 ・ 3級)
障害福祉サービス受給者証	障害支援区分 () 受給者番号 ()
介護保険の認定	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

記入した日： 年 月 日 記入した人： _____



保険・医療等の情報

シート(2)

【保険の情報】

健康保険	保険者名：			
	保険者番号：		記号：	番号：
その他の医療証	医療証名：		医療証番号：	
	医療証名：		医療証番号：	
	医療証名：		医療証番号：	

【主治医】

医療機関名		主治医	
住所など	〒		電話
医療機関名		主治医	
住所など	〒		電話
医療機関名		主治医	
住所など	〒		電話
医療機関名		主治医	
住所など	〒		電話

【医療のこと】

診断名など	
禁忌薬	無 ・ 有 ()
アレルギー	薬品 ()、ハウスダスト () 動物 ()、花粉症 () 食べ物 (卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 米 ・ 小麦 ・ そば)
てんかん	無 ・ 有 (頻度など：)
持病 (慢性的病気)	無 ・ 有 ()
常用薬	無 ・ 有 ()
医療的ケアの必要	無 ・ 有 ()

【本人の状態】

意思疎通	可能 ・ 単語のみ ・ 独自の表現 ・ 不可 禁句など ()
麻痺	無 ・ 有 (部位：)
移動 (外出のとき)	ひとりで可能 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 体にふれる支援が必要 ・ 不可 (車椅子など) 道路飛び出し (無 ・ 有)
食事	ひとりで可能 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 体にふれる支援が必要 ・ 不可 (経管栄養など)
排泄	ひとりで可能 ・ 見守りや声掛けが必要 ・ 体にふれる支援が必要 ・ 不可 (おむつ使用など)
その他特記事項 (自傷他害など)	

記入した日： 年 月 日 記入した人： _____



対人関係マップ

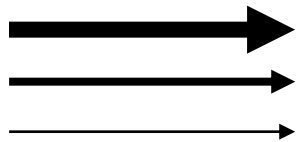
シート(3)

※ご本人の成長や生活を応援してくれる人、支援してくれる機関などを記入しましょう。
(2枚目に記入例がありますので参考にしてください。)

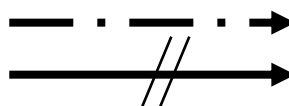
本人

関係の強さを、線の太さなどで表してください

強い
普通
弱い



中断
停止



本人・家族の希望

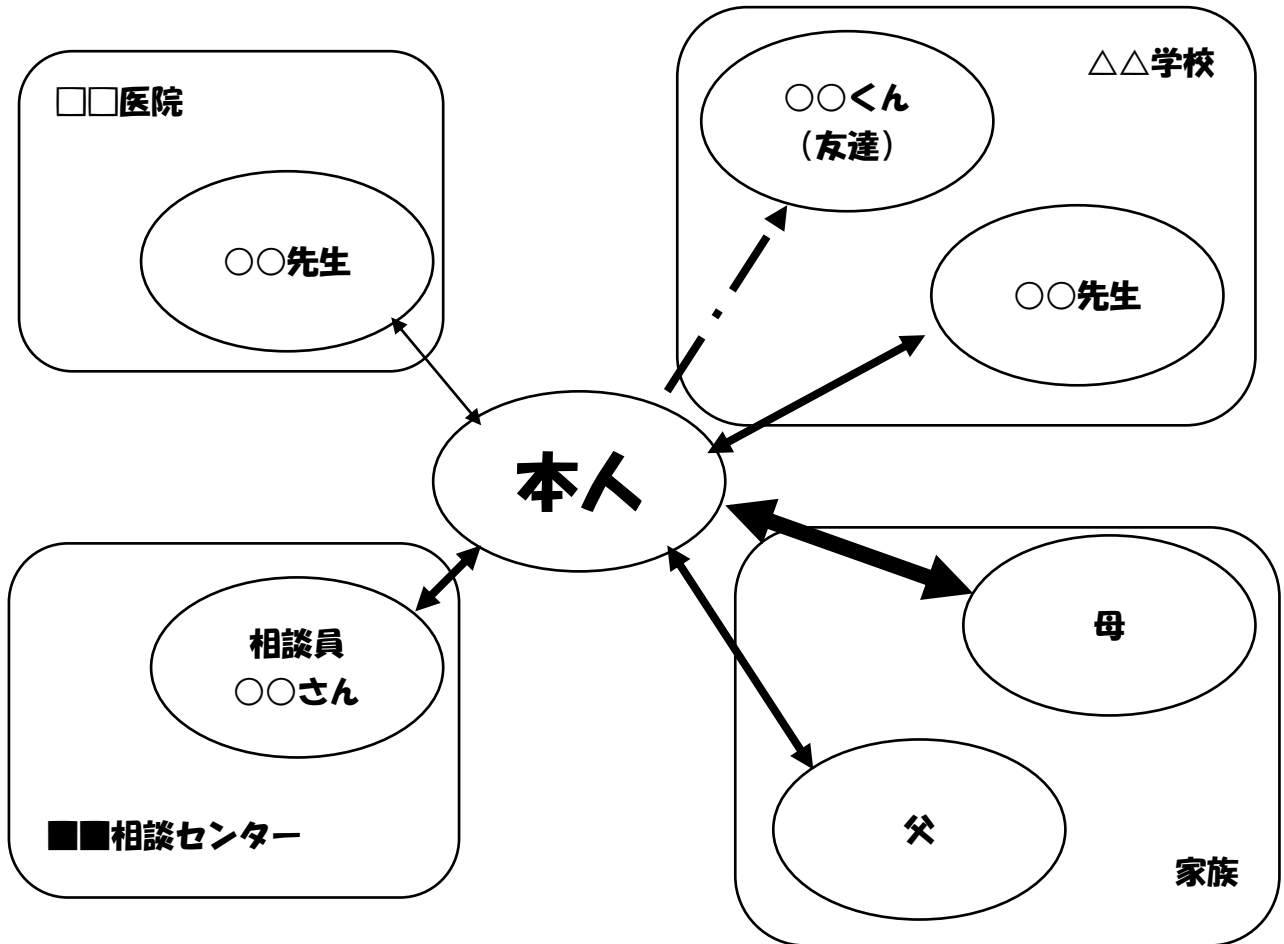
記入した日： 年 月 日 記入した人：



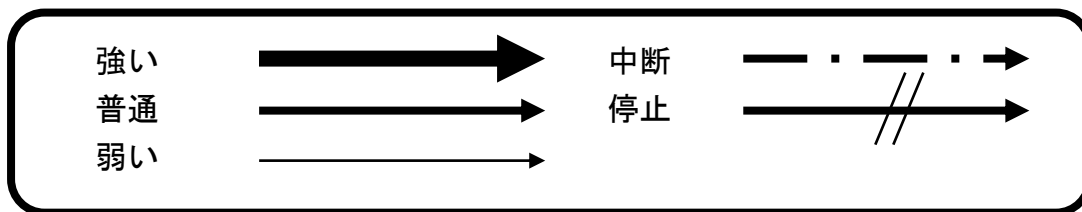
対人関係マップ【記入例】

シート(3)
(記入例)

※ご本人の成長や生活を応援してくれる人、支援してくれる機関などを記入しましょう。



関係の強さを、線の太さなどで表してください



本人・家族の希望

周りの人との関わり方を学び、自立に向けてがんばりたい。

記入した日：平成〇〇年〇〇月〇〇日

記入した人： 母



発達状況

シート(5)

乳の飲み方はどうでしたか？	普通 弱かった その他 具体的に ()
運動発達はどうでしたか？	首のすわり () か月) 寝返り () か月) おすわり () か月) はいはい () か月) ひとり歩き () 歳 か月)
聞こえについて気になることがありましたか？	はい () 歳 か月) いいえ
あやすと笑いましたか？	はい () か月のころから) いいえ
視線の合わせ方はどうでしたか？	よく合った 合うこともあった 合いにくかった
人見知りをしましたか？	はい () か月のころから) いいえ
保護者の後追いをしましたか？	はい () か月のころから) いいえ
指さしをしましたか？	はい () か月のころから) いいえ
初めて言葉を発したのは？	() 歳 か月ころ (言った言葉:)
2つ以上の言葉を続けて発したのは？	() 歳 か月ころ (言った言葉:)
育児で気になったことはありますか？	落ち着きがない おとなしい 寝てばかりいた あまり寝ない よく動き回る かんしゃく 気持ちの切りかえができない 病気がちだった その他 ()
好きなものは何でしたか？	
よくした遊びは何ですか？	
3歳までにかかった大きな病気やケガ	

記入した日: _____ 年 月 日 記入した人: _____



小学校・中学校・高等学校時代の記録

シート(6)-B

【小学校、特別支援学校小学部 等】

	学校名（所属名）	所属期間	クラス	担任	通級学級
1年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
2年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
3年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
4年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
5年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
6年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名

【中学校、特別支援学校中等部 等】

	学校名（所属名）	所属期間	クラス	担任	通級学級
1年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
2年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
3年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名

【高等学校、特別支援学校高等部 等】

	学校名（所属名）	所属期間	クラス	担任	通級学級
1年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
2年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名
3年	電話	年 月 ~ 年 月			無 有：学校名

【成長の記録】

子どもの成長で気になった点、困ったこと、家庭での様子や課題など、また、相談した医療機関の医師などによる所見・診断名がありましたら記録してください。

記入した日： 年 月 日 記入した人： _____

