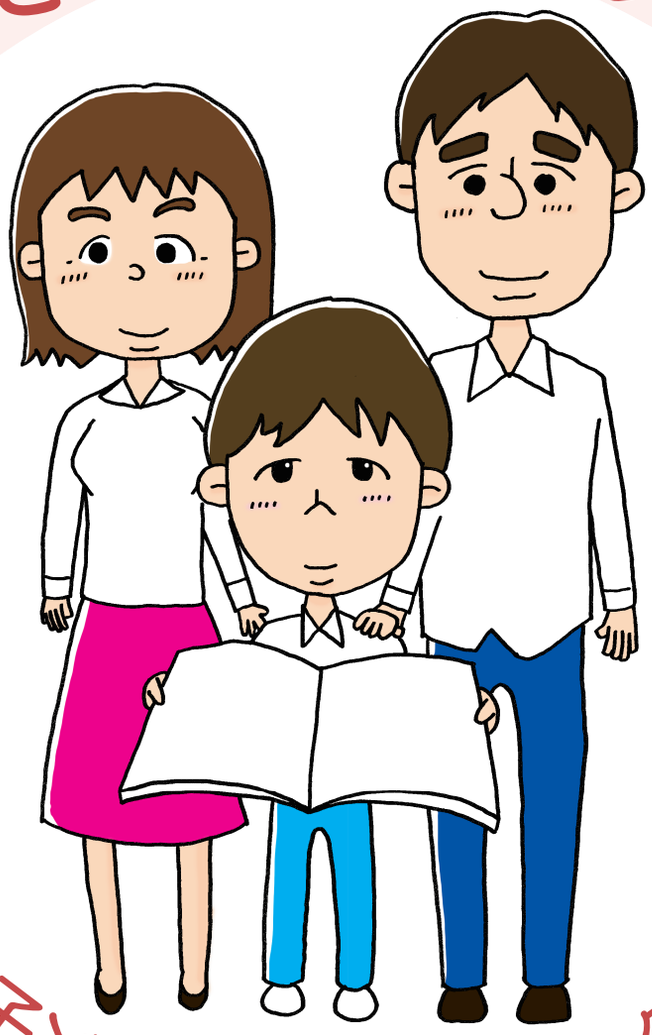
知ってください、私の子を。



～私の子どものサポートブックです～

一般社団法人
MACA 信託研究会

目　次

１. この本の使い方　１Ｐ

２. 子どもと親のプロフィール　２Ｐ

３. 子どものこれまで　４Ｐ

４. 子どものここに注意して　１０Ｐ

５. 子どもの日常生活　１２Ｐ

６. 子どもの好きなこと・嫌いなこと　１４Ｐ

７. 子どものコミュニケーション　１６Ｐ

８. 病院、介護・支援施設についての希望　２０Ｐ

９. 子どものエンディングについての希望　２１Ｐ

１０. 親が子どものサポートをできなくなっ方時、
子どもに対してしてあげて欲しいこと　２２Ｐ

１１. 緊急連絡先　２４Ｐ

１２. この本を見つけ方方へ　２５Ｐ

１３. メモ　２６Ｐ

1　この本の使い方

　この『知ってください、私の子を。～私の子どものサポートブックです～』は、障がいを抱えた子どもを持つお父さん、お母さんに万一のことがあった後も、子どもが安心して幸せな生活を送れるように、との思いから作成された子どものです。
　親なきあと、子どもをサポートしてくださる方々に知っておいてもらいたいこと、伝えておきたいことを、このサポートブックに余すことなくご記入いただければと思います。

　本書を手に取られたお父さん、お母さんは、どうか親なきあとの子どもの幸せ、安心をお考えください。
　そして、その将来の幸せ、安心のために必要な情報を、このサポートブックに記入していただければと思います。
　最初からすべてを記入しようと意気込まなくてもかまいません。すこしずつ将来のイメージを膨らませ、書けるところから書いていく、そして立ち止まり、また子どもイメージを膨らませ、書き足していく。また、子どもが成長し、あるいは、子どもを取り巻く環境に変化があれば、書き直す。その繰り返しこそが大切だと思います。
　書き足したり、書き直したりがしやすいように、一般社団法人 MACA 信託研究会のホームページから、このサポートブックを自由にダウンロードできるようになっていますので、必要なページを印刷し、貼り付けていただくことも可能です。

　このサポートブックが、子どもの将来の幸せ、安心を考えるお父さん、お母さんに寄り添う冊子となり、そして、お父さん、お母さんの子どもに対する気持ちを、親なきあとの支援者にバトンタッチするかけがえのないツールとなれば、私たちにとってこれ以上の喜びはありません。

　最後に、このサポートブックは、大阪府立東淀川支援学校の PTA である内田美鈴さん、大路麻矢さん、芹ヶ野悠香さん、元 PTA である北野千鶴さんと一緒に作成させていただきました。厚く御礼申し上げます。

平成 30 年 11 月吉日
一般社団法人 MACA 信託研究会
代表理事　小西　憲太郎

記入日　　年　　月　　日

2 子どもと親のプロフィール

子どもの基本情報

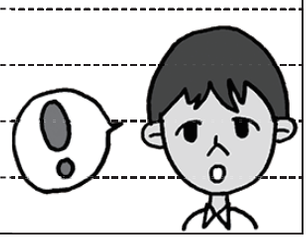
ふりがな 氏　名		愛　称	
住　所			
生年月日	年　　月　　日	血液型	（Rh ＋・－）　　型
携帯電話		電話番号	
健康保険証	記　号	番　号	保険者名
障害福祉サービス受給者証等の受給者証番号			

写真添付欄

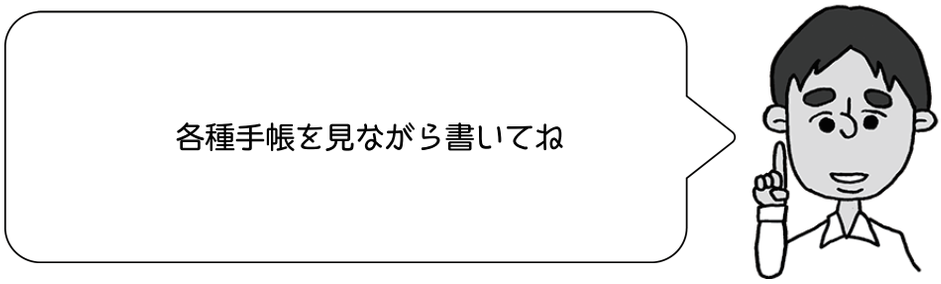
全身

顔

初めて会うときに気をつけて欲しいこと



記入日　　年　　月　　日



持っている手帳

療育手帳	発行元		判定	
	手帳番号		交付年月日	
身体障害者手帳	発行元		判定	
	手帳番号		交付年月日	
精神障害者保健福祉手帳	発行元		判定	
	手帳番号		交付年月日	

子どもが加入している保険情報

保険会社名	証券番号	種類

親の基本情報

ふりがな 氏名			電話番号	
住所				
勤務先	名称		電話番号	
	住所			

ふりがな 氏名			電話番号	
住所				
勤務先	名称		電話番号	
	住所			

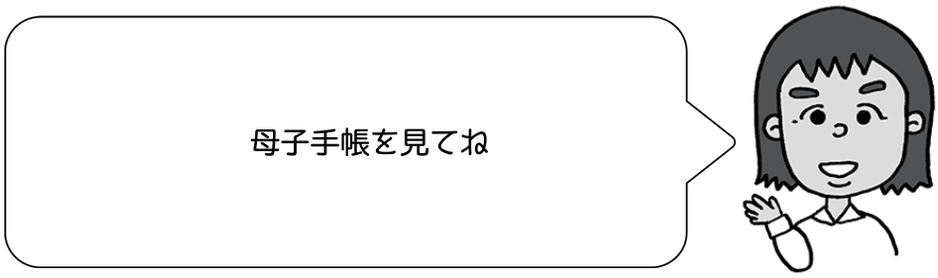
記入日　　年　　月　　日

3 子どものこれまで

これまで通った教育機関・就労施設

	所属名	所属期間 入学	所属期間 卒業	備考
幼稚園・保育園・こども園		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
小学校		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
中学校		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
高校		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
卒業後		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	
		年　月　日 （　　年度）	年　月　日 （　　年度）	

記入日　　年　　月　　日



生育歴

出産時	・妊娠期間　（妊娠第　　週）		・正常分娩
	・早　産　（　　週）		・その他　（ 鉗子 / 吸引 / 帝王切開 ）
	・過期産　（　　週）		（理由：　　）
	・体　重　（　　g）		・状態　（ 正常 / 衰弱 / 仮死 ）
	・身　長　（　　cm）		・保育器使用（ 無　/ 有　　日）
	・頭　囲　（　　cm）		（理由：　　）
	・胸　囲　（　　cm）		・黄疸（ 重症 / やや強い / ほとんど無 ）
乳幼児期	・栄　養　（ 母乳 / 人工乳 / 混合 ）		・おすわり
	・離乳食開始　（　　歳　　ヶ月）		・這　う
	・母乳 / 人工乳をやめた時　（　　ヶ月）		・始　歩
	・首のおすわり　（　　ヶ月）		・始　語
予防接種の記録	□ B 型肝炎　□ロタウイルス（1価 / 5価）　□ヒブ		
	□小児用肺炎球菌　□四種混合 / 三種混合 / ポリオ		
	□ BCG　□ MR（麻疹 / 風疹混合）　□水痘（水ぼうそう）		
	□おたふく風邪　□日本脳炎　□ A 型肝炎		
	□ HPV　□髄膜炎菌		
	その他		
乳幼児検診	検診時期	助言指導	受診結果
	（　）ヶ月検診	無・有	
	（　）ヶ月検診	無・有	
	（　）歳（　）ヶ月検診	無・有	
	（　）歳（　）ヶ月検診	無・有	
	（　）歳（　）ヶ月検診	無・有	

記入日　　年　　月　　日

病歴・通院歴

年齢	病気に関すること		手術	治療内容・その他	経過
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		

記入日　　年　　月　　日

お薬手帳などを見てね

年齢	病気に関すること		手術	治療内容・その他	経過
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		
	病名（症状）		有		
	病院名		・		
	担当医		無		

記入日　　年　　月　　日

放課後等デイサービス
ショートステイ
移動支援
居宅介護サービスなどを書いてね

利用施設・事業所など

名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	
名　称				住　所	
種　類		担当者		電　話	

記入日　　年　　月　　日

補助具・福祉機器など

頭部保護帽	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
メガネ・コンタクト	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
補聴器	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
上肢装具	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
下肢装具	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
足底板	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
車椅子	メーカー		型　番	
	連絡先			
	備　考			
その他	福祉器具名		メーカー	
	型　番		連絡先	
	福祉器具名		メーカー	
	型　番		連絡先	
	福祉器具名		メーカー	
	型　番		連絡先	

記入日　　年　　月　　日

4 子どものここに注意して

パニック

きっかけ（音）		頻度	
予防方法			
対応方法			
きっかけ（言葉）		頻度	
予防方法			
対応方法			
きっかけ（場所）		頻度	
予防方法			
対応方法			
きっかけ（状況）		頻度	
予防方法			
対応方法			
きっかけ（その他）		頻度	
予防方法			
対応方法			

てんかん・発作

前兆			
きっかけ			
状態			
対応方法			
服薬	無・有	薬の名称：	
		開始時期：	才　　ヶ月
		服用回数：	日　　回服用

記入日　　年　　月　　日

アレルギー

アレルギー源	卵 / 牛乳 / 小麦 / 大豆 / そば / 落花生
	えび / かに / ダニ / 花粉 / ハウスダスト
	その他 （　　）
治療	飲み薬 （　　）
	塗り薬 （　　）
	食事制限 （　　）
	その他 （　　）

自傷行為

内容	
対応方法	
予防方法	

他傷行為

内容	
対応方法	
予防方法	

記入日　　年　　月　　日

5 子どもの日常生活

日常生活で配慮が必要なこと

食事	
トイレ	
着替え	
入浴	
就寝 起床	

記入日　　年　　月　　日

できるだけ具体的に書いてね

（例）

・距離感が近くスキンシップが多い

・服のタグが気になるので切り取ってほしい

・電車の中では端っこに座りたい

視覚・聴覚・感覚などに関すること、苦手なこと、こだわり

その他、気をつけて欲しいこと

記入日　　年　　月　　日

6 子どもの好きなこと・嫌いなこと

屋内の好きなこと・嫌いなこと

好きなこと　（例：テレビ、パソコン）
嫌いなこと　（例：掃除機の音、料理のにおい）

屋外の好きなこと・嫌いなこと

好きなこと　（例：公園、プール）
嫌いなこと　（例：騒音、暑いところ）

記入日　　年　　月　　日

嗜好関係（落ち着くもの、好きなおもちゃ、食べ物等）

好きなもの
嫌いなもの

対人関係

好きなタイプ
嫌いなタイプ

記入日　　年　　月　　日

7 子どものコミュニケーション

子どもの表現方法で配慮すべきこと

自分の要求を伝える	できない できる（　　）
自分の感情を伝える	できない できる（　　）
「拒否」の意思表示をする	できない できる（　　）
文字を書く	できない できる（　　）
体調不良や怪我を伝える	できない できる（　　）
その他 特記事項	

子どもに伝える時に配慮して欲しいこと

話の内容を理解すること	できない できる（　　）
文字を読む	できない できる（　　）
その他 特記事項	

記入日　　年　　月　　日

出来るだけ具体的に書いてね

（例）

・自分の要求を伝える　…　できる（買って欲しいものを持ってきて足踏みする）

・文字を書く　……　できる（ひらがなは書ける）

変更があれば書き換えたり、P26 ～のメモに追加してね

社会的ルールの理解力

時計を理解する	できない できる（　　）
電話をかける	できない できる（　　）
火に対する認知	ない ある（　　）
水（川、池など）に対する認知	ない ある（　　）
刃物に対する認知	ない ある（　　）
高所に対する認知	ない ある（　　）
自動車等の乗り物に対する認知	ない ある（　　）
その他　特記事項	

他人との関係での注意点

自分からの挨拶	できない できる（　　）
他人を意識した行動	できない できる（　　）
その他 特記事項	

記入日　　年　　月　　日

移動や外出時の注意点

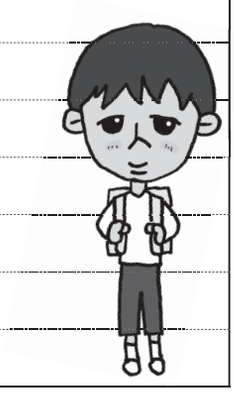
横断歩道を安全に渡る	できない できる（　　）
待つこと、静止行動	できない できる（　　）
歩いて目的地まで行く	できない できる（　　）
踏切を安全に渡る	できない できる（　　）
公共交通機関を利用して目的地まで行く	できない できる（　　）
危険な場所の認識	できない できる（　　）
その他特記事項	

お金の使い方の注意点

お金を理解する	できない できる（　　）
商品が売り物であって自分の物でないことの理解	できない できる（　　）
その他特記事項	

記入日　　年　　月　　日

その他、配慮して欲しいこと



記入日　　年　　月　　日

8 病院、介護・支援施設についての希望

病院についての希望

希望する病院
病院に対しての要望

介護・支援施設等についての希望

希望する施設
施設に対しての要望

記入日　　年　　月　　日

9 子どものエンディングについての希望

病名と余命の告知について

延命治療・ホスピスケア等について

葬儀について

お墓について

親の思いを伝える大切な項目です

記入日　　年　　月　　日

10 親が子どものサポートをできなくなった時（認知症、死亡等）子どもに対してしてあげて欲しいこと

親族の方へ

施設の方へ

後見人の方へ

受託者の方へ

記入日　　年　　月　　日

その他

記入日　　年　　月　　日

11 緊急連絡先

親族・友人・施設等の連絡先について（優先順位の高い人から）

氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			
氏名・名称		関　係	
住　所		電　話	
連絡して欲しいタイミング			

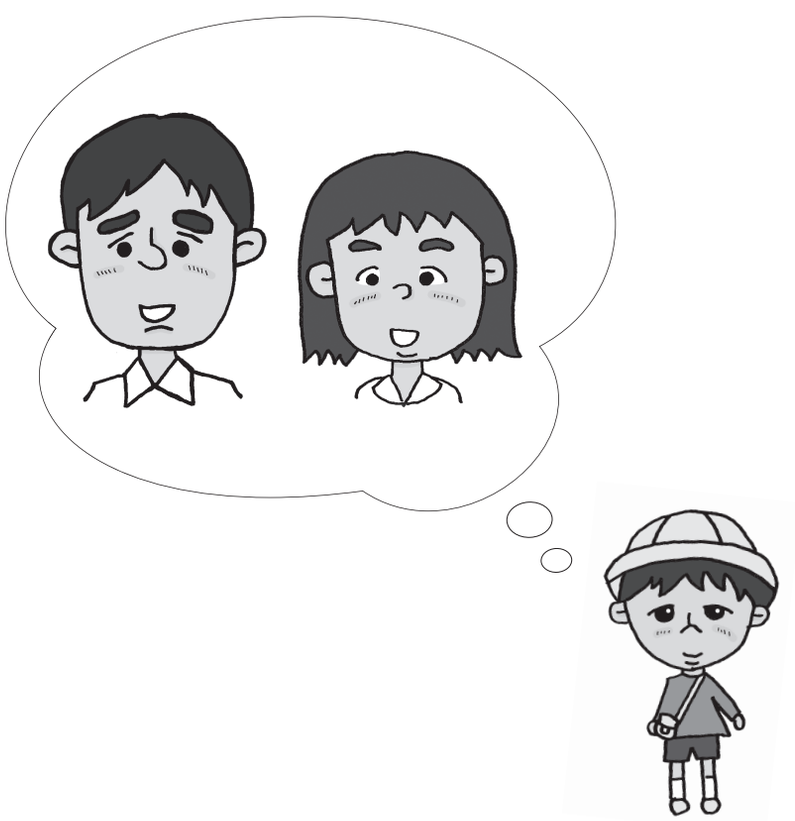
記入日　　年　　月　　日

12 この本を見つけた方へ

この本を見つけた方は、ここに連絡してください

連絡先　1	
氏　名　・　名　称	
住　所	
電話番号	

連絡先　2	
氏　名　・　名　称	
住　所	
電話番号	



記入日　　年　　月　　日

13 メモ

変更点や追加があった場合に利用してください

（記入例）

P12　食事　こんにゃくを食べることができるようになった（12 才）

P12　入浴　一人で入れるようになった（13 才）

P17　時計の時間を読むことができるようになった（8 才）

P18　お金を理解することができるようになったけど、無駄遣いが多いので、一度に 500 円以上のお金は与えないでほしい （16 才）

記入日　　年　　月　　日

13 メモ

記入日　　年　　月　　日

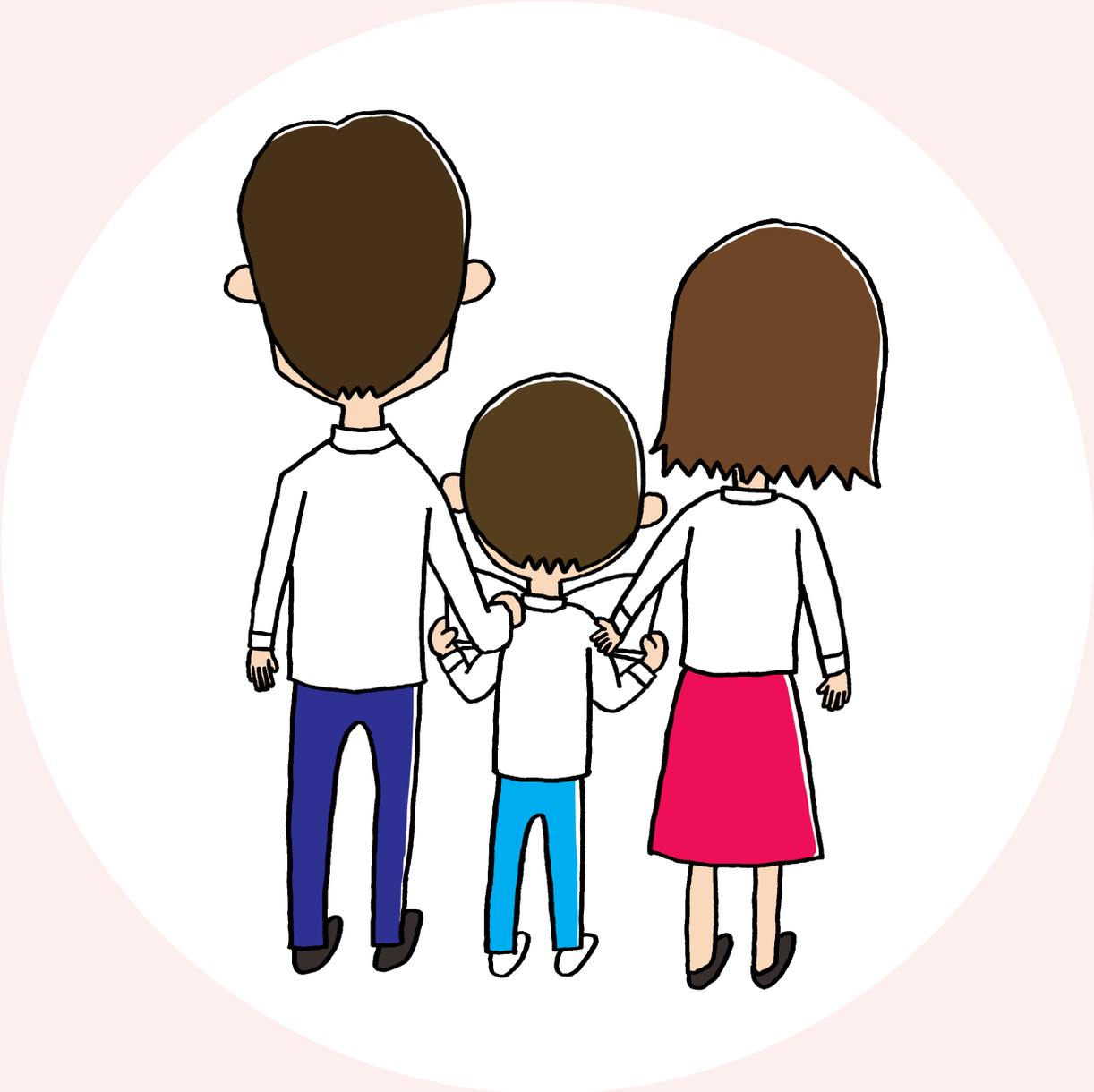
13 メモ

知ってください、私の子を。
～私の子どものサポートブックです～

制作・発行　一般社団法人 MACA 信託研究会
〒530-0047
大阪市北区西天満３－１３－１８
島根ビルディング４階
TEL：06-6366-5050
FAX：06-6366-5051

監　修　小西法律事務所
〒530-0047
大阪市北区西天満３－１３－１８
島根ビルディング４階
TEL：06-6360-6362
FAX：06-6360-6364

このノートのご利用によって生じる、いかなる問題については弊会は一切の責任を負いませんので
ご了承ください。
本書は、著作権法上の保護を受けております。
本書のコピー・スキャン・デジタル化等の無断複製は、著作権法上の例外を除き禁止されています。



この本についてのお問い合わせ、本書のダウンロードは

一般社団法人
MACA 信託研究会

〒530-0047
大阪市北区西天満 3-13-18 島根ビルディング 4 階
TEL：06-6366-5050
FAX：06-6366-5051
H P：https://maca-shintaku.jp

信託・任意後見・遺言のご相談は

小西法律事務所

大阪弁護士会所属　弁護士　小西憲太郎

〒530-0047
大阪市北区西天満 3-13-18 島根ビルディング 4 階
TEL：06-6360-6362
FAX：06-6360-6364
H P：https://konishilaw.jp