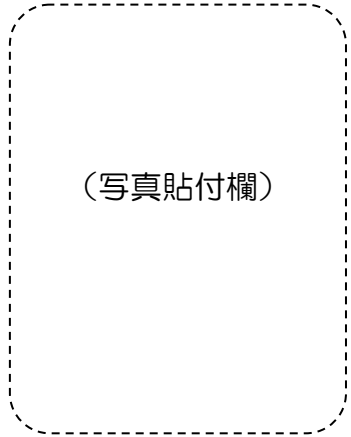


(1) 基本情報

記入日	令和 年 月 日 (歳 か月)
記入者	

● こども(本人)のこと

ふりがな		性別	愛称
氏名			
生年月日	(西暦 年 月 日)	血液型	型
診断名			
住所			
連絡先	(自宅) (携帯)	(父・母)	



● 家族構成(本人を除く)

※生活保護や障害年金の受給など、ご家族の状況を備考欄にご記入ください。

続柄	名前(ふりがな)	年齢	所属(職場、学校・学年など)	備考
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

● 緊急連絡先

優先	名前（ふりがな）	続柄	連絡先	
1			(自宅)	(携帯)
2			(自宅)	(携帯)
3			(自宅)	(携帯)
4			(自宅)	(携帯)
5			(自宅)	(携帯)

自由記入

(2) (3) (4) について、慢性的な症状・病気、継続的な服薬など医療的ケアの必要な方は、別掲(13)「医療情報シート」の必要項目に記入して、(4)の後ろに保管してください。→ 記入なし 記入あり

(2) こどもの健康面

*定期的な受診、継続的な服薬など、医療的ケアの必要なお子さんは、別掲(13)「医療情報シート」をお使いください。

からだの麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
アレルギー エピペン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(原因: 薬剤、食物) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(使用時の対応:)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
慢性的な症状・病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名:)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
特記事項	(禁忌事項, 大きな病気・怪我・熱性けいれん など/その年齢)	

(3) かかりつけ医

*定期的な受診、継続的な服薬など、医療的ケアの必要なお子さんは、別掲(13)「医療情報シート」をお使いください。

医療機関 (受診科)	担当医名	連絡先
()	()	
()	()	
()	()	
()	()	
()	()	

(4) 薬の服用

お薬手帳に記入されている方は、この頁を記入する必要はありません。お薬手帳と一緒に保管しましょう。欄が足りない場合は、この頁をコピーしてお使いください。

薬剤名	開始日 終了日	効 能 (1回量)	服用回数/日 (服用方法)	注意事項 (飲み合わせなど)
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	
	□開始 ・ ・ □終了 ・ ・	()	()	

(5) 生育歴

母子手帳に記入されている方は、この頁を記入する必要はありません。
母子手帳と一緒に保管しましょう。

● 妊娠中・出産時の状況

母の健康状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
妊娠中の 母の病気・服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 薬剤名)
分娩の状況	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()
新生児の体重	()グラム/()週
新生児黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 光線療法を受けた()日
特記事項	(入院中の母や児の状況 など)

● 乳幼児健康診査の状況

乳児()か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
乳児()か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
乳児()か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
乳児()か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
乳児()か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
1歳半	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
3歳児	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ()
特記事項	(地区担当保健師名, ひよこルームの参加 など)

● 乳幼児期の発育・発達について

首の座り	()歳()か月	寝返り	()歳()か月
お座り	()歳()か月	ハイハイ	()歳()か月
一人歩き	()歳()か月	夜泣き	()歳()か月
人見知り	()歳()か月	後追い	()歳()か月
指差し	()歳()か月	意味のある単語	()歳()か月
二語文	()歳()か月	偏食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
特記事項	(家族の状況、お母さんのメンタル面 など)		

(6) 生活面

記入日	令和 (年 月 日 歳 か月)
記入者	

● 生活の現状 および 配慮して欲しいこと

1日の生活	
平熱	()℃
からだの麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
睡眠	
食事・水分摂取 口腔ケア	
排泄	排尿 日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未自立 <input type="checkbox"/> その他 () 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未自立 <input type="checkbox"/> その他 () 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未自立 <input type="checkbox"/> その他 () 週 () 回くらい
入浴・着脱衣	
外出・移動	
不安時の様子	
パニック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
自傷・他害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項	(禁忌事項, 運動の制限, 集団参加の適否 など)

● コミュニケーション手段

視覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
聴覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
意思表示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
理解力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

コミュニケーション手段

コミュニケーション機器の使用

- なし わからない
あり (機器の種類と利用方法)

自由記入

**(7) 発達に関する相談・療育・医療機関の利用歴
(福祉サービスの利用歴を含む)**

発達に関する診断書や検査結果, 利用計画やモニタリング書式, 個別支援計画などは, 時系列にファイルに綴じて保管しましょう。欄が足りない場合は, 次頁をコピーしてお使いください。

受給者証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	●契約	年	月～		
		相談支援事業所名		担当	連絡先
	●変更	年	月～		
		相談支援事業所名		担当	連絡先
	●変更	年	月～		
		相談支援事業所名		担当	連絡先

初回利用日 (年齢)	機関名 事業所名	担当者名 (職種)	連絡先	内容、診断名 など
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)

初回利用日 (年齢)	機関名 事業所名	担当者名 (職種)	連絡先	内容、診断名 など
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日 終了)

(8) 保育・教育の記録

担任の先生から渡される保育の記録などは、時系列にファイルに綴じて保管しましょう。また、お誕生日や就園・就学時などに、別掲「成長の記録」を適宜記入しましょう。
→ 記入なし 記入あり

● 乳幼児期

年齢	園名	担任名	連絡先 など
年 月 (0歳児)			
年 月 (1歳児)			
年 月 (2歳児)			
年 月 (年少)			
年 月 (年中)			
年 月 (年長)			

自由記入

(9) 就学相談の記録

● 就学時健康診査, 就学相談の状況

就学時健康診査	(学校名) □未受診 □健康 □要観察 ()
就学相談	□受けていない □受けた(担当者名:)
就学相談の時の 検査結果	<input type="checkbox"/> 遠城寺式乳幼児分析的発達検査(年 月 日実施, 生活年齢 歳 か月) 移動運動 (: ~ : 発達指数), 手の運動 (: ~ : 発達指数) 基本的習慣 (: ~ : 発達指数), 対人関係 (: ~ : 発達指数) 発語 (: ~ : 発達指数), 言語理解 (: ~ : 発達指数) <input type="checkbox"/> 新版K式発達検査2001(年 月 日実施, 生活年齢 歳 か月) 姿勢・運動 (: 発達指数) 認知・適応 (: 発達指数) 言語・社会 (: 発達指数) 全領域 (: 発達指数) <input type="checkbox"/> 田中ビネー知能検査V(年 月 日実施, 生活年齢 歳 か月) (精神年齢 : 知能指数) <input type="checkbox"/> WISC-III(年 月 日実施, 生活年齢 歳 か月) (全検査 , 言語性 , 動作性) (言語理解 , 知覚統合 , 注意記憶 , 処理速度) <input type="checkbox"/> WISC-IV(年 月 日実施, 生活年齢 歳 か月) (全検査) (言語理解 , 知覚推理 , ワーキングメモリー , 処理速度) <input type="checkbox"/> S-M社会生活能力検査(年 月 日実施, 生活年齢 歳 か月) 身辺自立 (:), 移動 (:), 作業 (:) 意志交換 (:), 集団参加 (:), 自己統制 (:) 社会生活年齢 (:), 社会生活指数 () <input type="checkbox"/> その他の検査(検査名)

(10) 小学校生活

担任の先生から渡される教育支援計画、個別の指導計画などは、時系列にファイルに綴じて保管しましょう。

● 学齢期

学年	学校名	担任名	連絡先 など
年 月 (小1)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
年 月 (小2)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
年 月 (小3)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
年 月 (小4)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
年 月 (小5)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
年 月 (小6)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		
	<input type="checkbox"/> 通常の学級 (通級) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 () <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ()		

● こどもルーム（学童保育）

学年	こどもルーム名	担任名	連絡先 など
年 月（小1）			
年 月（小2）			
年 月（小3）			

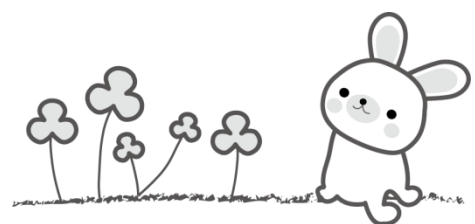
● 放課後等デイサービス

学年	事業所名	担当者名	連絡先 など
年 月（小 ）			
年 月（小 ）			
年 月（小 ）			

自由記入

(11) 所有手帳・手当など

<p>身体障害者手帳</p>	<p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（障害名 _____）</p> <p>（ 1級 2級 3級 4級 5級 6級 ）（交付日 年 月 日） （ 1級 2級 3級 4級 5級 6級 ）（再判定 年 月 日）</p>
<p>療育手帳</p>	<p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（診断名 _____）</p> <p>（ ㊤ Aの1 Aの2 Bの1 Bの2 ）（交付日 年 月 日） （ ㊤ Aの1 Aの2 Bの1 Bの2 ）（再判定 年 月 日） （ ㊤ Aの1 Aの2 Bの1 Bの2 ）（再判定 年 月 日）</p>
<p>精神障害者 保健福祉手帳</p>	<p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（診断名 _____）</p> <p>（ 1級 2級 3級 ）（交付日 年 月 日） （ 1級 2級 3級 ）（再判定 年 月 日）</p>
<p>特記事項</p>	<p><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 小児慢性特性疾患受給券（診断名 _____） <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> その他（ _____）</p>



(12) 補装具・日常生活用具など

補装具・日常生活用具名	判定年月日	交付・修理 年月日	業者名 担当者名	連絡先
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 . . <input type="checkbox"/> 修理 . .		

自由記入