

（１）家族構成

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	年 月 日 (西暦 年)	血液型	型
診断名			
住 所			
連絡先	(自宅) (携帯) (父・母)		

（写真添付欄）

●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		☐ 同居 ☐ 別居
		歳		☐ 同居 ☐ 別居
		歳		☐ 同居 ☐ 別居
		歳		☐ 同居 ☐ 別居
		歳		☐ 同居 ☐ 別居
		歳		☐ 同居 ☐ 別居
		歳		☐ 同居 ☐ 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)

< 自由記載 >

※(2)(3)(4)について、慢性的な症状・病気、継続的な服薬などの医療的ケアの必要な方は、別掲(16)「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(16)「医療情報シート」をお使いください。

からだの麻痺	☐ なし ☐ あり（部位： ） ☐ 経過観察・治療中
アレルギー エピペン	☐ なし ☐ あり（原因：薬剤，食物 ） ☐ 経過観察・治療中 ☐ なし ☐ あり（使用時の対応： ）
喘息	☐ なし ☐ あり（症状： ） ☐ 経過観察・治療中
アトピー性皮膚炎	☐ なし ☐ あり（症状： ） ☐ 経過観察・治療中
てんかん	☐ なし ☐ あり（症状： ） ☐ 経過観察・治療中
慢性的な症状・病気	☐ なし ☐ あり（病名： ） ☐ 経過観察・治療中
罹ったことのある病気	☐ 水疱瘡 ☐ おたふくかぜ ☐ 麻疹 ☐ 風しん
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(14)「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 (内容)	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 . .	()	()	

(5) 所有手帳・手当など

[illegible]

（6）成育歴

※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	☐ 異常なし ☐ 異常あり（ ）
妊娠中の 母の病気・服薬	☐ なし ☐ あり（病名： 薬剤名： ）
分娩の状況	☐ 自然分娩 ☐ 帝王切開 ☐ その他（ ）
新生児の体重	（ ）グラム／（ ）週
新生児黄疸	☐ 普通 ☐ 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	☐ 未受診 ☐ 健康 ☐ 要観察（ ）
乳児（ ）か月	☐ 未受診 ☐ 健康 ☐ 要観察（ ）
乳児（ ）か月	☐ 未受診 ☐ 健康 ☐ 要観察（ ）
乳児（ ）か月	☐ 未受診 ☐ 健康 ☐ 要観察（ ）
1 歳 半	☐ 未受診 ☐ 健康 ☐ 要観察（ ）
3 歳 児	☐ 未受診 ☐ 健康 ☐ 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	☐ なし ☐ あり
特 記 事 項	（家族の状況、お母さんのメンタル面など）		

(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 □なし □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 (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 (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)
年 月 日 (歳 か月)				(継続中・ 年 月 日終了)