

# プロフィール

記入日 年 月 日 記入者

## ●わたしの情報

|      |            |      |        |
|------|------------|------|--------|
| ふりがな | 家庭での呼び名    |      |        |
| 氏名   | 男・女        | 生年月日 | 年月日 日生 |
| 住所   | 電話番号 自宅 携帯 |      |        |

## ●家族の情報

| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 所属(職業・学校等) | 備考 |
|----|----|------|------------|----|
|    |    | 年月日  |            |    |
|    |    | 年月日  |            |    |
|    |    | 年月日  |            |    |
|    |    | 年月日  |            |    |
|    |    | 年月日  |            |    |
|    |    | 年月日  |            |    |
|    |    | 年月日  |            |    |

## ●緊急連絡先

|        |                  |
|--------|------------------|
| 連絡先 1  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 2  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 3  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 4  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 5  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 6  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 7  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 8  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 9  | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |
| 連絡先 10 | 父・母・祖父・祖母・その他( ) |

# 福祉サービス

## ●手帳等の記録(新規・更新のときに記入してください。)

|                 |               |    |    |    |            |
|-----------------|---------------|----|----|----|------------|
| 療育手帳            | A1            | A2 | B1 | B2 | 番号         |
|                 | 交付            | 年  | 月  | 日  | 次回判定年月 年 月 |
| 療育手帳            | A1            | A2 | B1 | B2 | 番号         |
|                 | 再交付           | 年  | 月  | 日  | 次回判定年月 年 月 |
| 療育手帳            | A1            | A2 | B1 | B2 | 番号         |
|                 | 再交付           | 年  | 月  | 日  | 次回判定年月 年 月 |
| 身体障害者手帳         | 視覚・聴覚・肢体・内部   | 番号 |    |    |            |
|                 | 1・2・3・4・5・6 級 |    |    |    |            |
|                 | 交付            | 年  | 月  | 日  | 再認定年月 年 月  |
| 身体障害者手帳         | 視覚・聴覚・肢体・内部   | 番号 |    |    |            |
|                 | 1・2・3・4・5・6 級 |    |    |    |            |
|                 | 再交付           | 年  | 月  | 日  | 再認定年月 年 月  |
| 身体障害者手帳         | 視覚・聴覚・肢体・内部   | 番号 |    |    |            |
|                 | 1・2・3・4・5・6 級 |    |    |    |            |
|                 | 再交付           | 年  | 月  | 日  | 再認定年月 年 月  |
| 精神障害者<br>保護福祉手帳 | 1             | 2  | 3  | 級  | 番号         |
|                 | 交付            | 年  | 月  | 日  | 有効期限 年 月 日 |
| 精神障害者<br>保護福祉手帳 | 1             | 2  | 3  | 級  | 番号         |
|                 | 交付            | 年  | 月  | 日  | 有効期限 年 月 日 |
| 精神障害者<br>保護福祉手帳 | 1             | 2  | 3  | 級  | 番号         |
|                 | 交付            | 年  | 月  | 日  | 有効期限 年 月 日 |

## ●利用している福祉サービスなど1

|            |                          |      |                          |      |                          |        |                          |
|------------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 自立支援医療     | <input type="checkbox"/> | 育成医療 | <input type="checkbox"/> | 更生医療 | <input type="checkbox"/> | 精神通院医療 | <input type="checkbox"/> |
| 特定疾患医療     | 疾患名                      |      |                          |      |                          |        |                          |
| 小児慢性特定疾患医療 | 疾患名                      |      |                          |      |                          |        |                          |
| 障害者医療費助成   | <input type="checkbox"/> | 対象   | <input type="checkbox"/> | 対象外  |                          |        |                          |
| その他        |                          |      |                          |      |                          |        |                          |
| 児童発達支援     | (事業所名                    |      |                          |      |                          |        |                          |
| 放課後等デイサービス | (事業所名                    |      |                          |      |                          |        |                          |
| 障害者等訪問支援   | (事業所名                    |      |                          |      |                          |        |                          |
| 介護給付       | <input type="checkbox"/> | 居宅介護 | <input type="checkbox"/> | 行動援護 | <input type="checkbox"/> | 短期入所   | <input type="checkbox"/> |
| 自立支援給付     | <input type="checkbox"/> | その他  | (                        |      |                          |        |                          |
| 補装具        |                          |      |                          |      |                          |        |                          |
| 福祉用具       |                          |      |                          |      |                          |        |                          |

# 成育歴

記入日 年 月 日 記入者

## ●妊娠中の様子

●妊娠中、特に気になることがありましたか？ なかった なかった あった  
(具体的に)

## ●出産時の様子

出産予定日 ( 年 月 日 ) 出産日 ( 年 月 日 )  
 お母さんの年齢 ( 才 ) 妊娠期間 ( 週 )  
 赤ちゃんの体重 ( g ) 身長 ( cm ) 胸囲 ( cm ) 頭囲 ( cm )  
 分娩の経過 頭位 骨盤位 その他 ( )  
 特別な所見 なかった あった  
 (所見の内容)

## ●乳幼児健診等の状況(特記すること)

4か月児健診 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 6か月児育児教室 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 お誕生新健診 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 1歳児歯科育児教室 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 1歳6か月児健診 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 2歳児歯科健診 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 3歳児健診 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 5歳児すこやか相談 ( 受けていない・受けた ( ) )  
 就学時健診 ( 受けていない・受けた ( ) )

## ●乳幼児期の様子

●運動発達 首のすわり ( 月 ) 寝返り ( 月 ) おすわり ( 月 )  
 はいはい ( 月 ) ひたり歩き ( 月 )  
 ●聞こえについて気になったことがありましたか？ なかった ( 月 ) あった ( 月 )  
 ●あやすと笑いましたか？ はい ( 月 ) 才 月頃からしていた ( 月 )  
 ●人見知りをしましたか？ はい ( 月 ) 才 月頃からしていた ( 月 )  
 ●指差しをしましたか？ はい ( 月 ) 才 月頃からしていた ( 月 )  
 ●初めてことばをいったのは？ (わんわん、ブーブなど) ( 月 ) 才 月頃 ( 月 )  
 ●育児で気になったことがありましたか？ (あてはまれば□にチェックしてください)  
 □寝つきが悪い □おとなしい □寝てばかりいた □あまり寝ない □かんしゃくが強い  
 □お持ちのきりかえができていない □病気がち □その他 ( )

# 医療情報

記入日 年 月 日 記入者

## ●今までかかった病気(感染症)

| 病名          | 予防接種 | かかった時期 |   |   | 備考(症状・合併症など) |
|-------------|------|--------|---|---|--------------|
|             |      | 年      | 月 | 日 |              |
| 麻疹(はしか)     | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
| 風疹(三日はしか)   | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
| 水痘(水ぼうそう)   | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
| おたふくかぜ      | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
| 伝染性紅斑(りんご病) | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
| 手足口病        | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
|             | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |
|             | 済・未  | 才      | 月 | 頃 |              |

## ●体質(あてはまる項目に○をしてください)

|          |  |                    |     |
|----------|--|--------------------|-----|
| かぜをひきやすい |  | かぶれやすい(部位)         |     |
| 下痢をしやすい  |  | アレルギーしやすい(卵・牛・その他) | 左・右 |
| 便秘しやすい   |  | その他 ( )            |     |
| よく吐く     |  |                    |     |

## ●基礎疾患・アレルギーなど

|                   |             |  |
|-------------------|-------------|--|
| 薬アレルギー(飲んではいけない薬) | なし・あり (薬名)  |  |
| 食物アレルギー           | なし・あり (名前)  |  |
| 環境アレルギー           | なし・あり (種類)  |  |
| てんかん              | なし・あり (タイプ) |  |
| 慢性的な病気            | なし・あり (病名)  |  |
| 常用薬(いつも飲んでいる薬)    | なし・あり (薬名)  |  |

## ●診断名

| 診断名 | 診断機関名 | 担当医 | 診断時期 |
|-----|-------|-----|------|
|     |       |     | 年 月  |
|     |       |     | 年 月  |
|     |       |     | 年 月  |

●人とのかかわり・好きなこと・苦手なことなど

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 長所<br>わたしのいいところ                   |    |
| 好きなタイプの人                          |    |
| 苦手なタイプの人                          |    |
| 知らない人(種別にかわがる、知らない人にも平気で近づいていくなど) |    |
| 楽しくてウキウキするもの・こと(好きなあそび、おもちゃ、番組など) |    |
| 落ち着くもの・すごしかたなど                    |    |
| 好きなおところ                           |    |
| 苦手なもの・こと・ところ                      |    |
| 苦手なもの・こと(あそび、遊具、音、においなど)          | 様子 |
| 苦手なもの・ことへの対応方法                    |    |
| 苦手なおところ(こわがるどころや落ち着かないところなど)      | 様子 |
| 苦手なおところでの対応方法                     |    |
| わたしが安心できるかわりかた                    |    |
| かかわる人が特に注意していること                  |    |

所属・相談歴

●乳幼児期に通っているところ  
(幼稚園、保育園、児童発達支援センターなど)

| 園(施設)名 | 所属期間                           | 備考 |
|--------|--------------------------------|----|
| [電話]   | 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |    |
| [電話]   | 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |    |
| [電話]   | 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |    |
| [電話]   | 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |    |

●相談・検査・指導訓練の記録

| 相談・検査等の時期                      | 相談・検査・指導訓練機関名 | 内容等  |
|--------------------------------|---------------|--|
| 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |               | 記録、資料等添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |               | 記録、資料等添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |               | 記録、資料等添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |               | 記録、資料等添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |               | 記録、資料等添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 年 月 月 ~ 年 月 月<br>才 月 月 ~ 才 月 月 |               | 記録、資料等添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |