

記入日 年 月 日 記入者

●わたしの情報

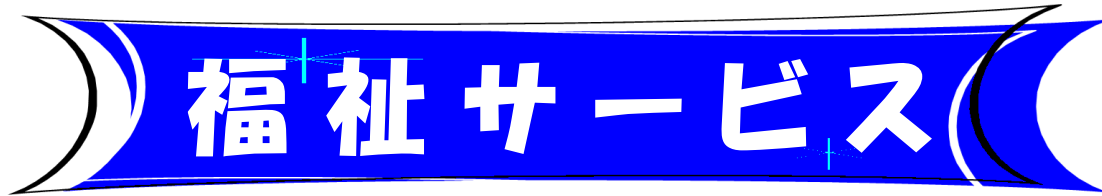
ふりがな		家庭での 呼 び 名	
氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生
住 所	電話番号 自宅 携帯		

●家族の情報

家 族 構 成	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		

●緊急連絡先

連絡順位 1	連絡先方	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
	連絡先	自宅・その他（ ）
	電話番号	： — —
	携帯電話	： — —
	メール	
連絡順位 2	連絡先方	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
	連絡先	自宅・その他（ ）
	電話番号	： — —
	携帯電話	： — —
	メール	



●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	A 1 . A 2 . B 1 . B 2	番号
	交付 年 月 日	次回判定年月 年 月
療育手帳	A 1 . A 2 . B 1 . B 2	番号
	再交付 年 月 日	次回判定年月 年 月
療育手帳	A 1 . A 2 . B 1 . B 2	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	
身体障害者手帳	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	
身体障害者手帳	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	
身体障害者手帳	再交付 年 月 日	再認定年月 年 月

精神障害者 保健福祉手帳	1 . 2 . 3 級	番号
	交付 年 月 日	有効期限 年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	1 . 2 . 3 級	番号
	交付 年 月 日	有効期限 年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	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

医療 助成 の 給 付 ・	☐ 自立支援医療 [☐ 育成医療 ☐ 精神通院医療 ☐]
	☐ 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 ☐ 対象 ☐ 対象外
	☐ その他
通所 給付 障害児	☐ 児童発達支援 (事業所名)
	☐ 放課後等デイサービス (事業所名)
	☐ 保育所等訪問支援 (事業所名)
自立 給付 支援	☐ 介護給付 [☐ 居宅介護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所]
	☐ その他 ()
	☐ 補装具 種類等 ()

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 ・ 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 ()
お誕生前健診	・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 (か月) 寝返り (か月) おすわり (か月)
はいはい (か月) ひとり歩き (才 か月)
●聞こえについて気になることがありましたか？ なかった ・ あった (才 か月頃)
●あやすと笑いましたか？ はい (才 か月頃からしていた) ・ いいえ
●人見知りをしましたか？ はい (才 か月頃からしていた) ・ いいえ
●指差しをしましたか？ はい (才 か月頃からしていた) ・ いいえ
●初めてことばをいったのは？(わんわん、ブーブなど) (才 か月頃) (いったことば)
●育児で気になったことがありますか？ (あてはまれば□にチェックしてください)
□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 □かんしゃくが激しい
□気持ちのきりかえができない □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)
麻疹(はしか)	済・未	年	月	才	月頃	
風疹(三日はしか)	済・未	年	月	才	月頃	
水痘(水ぼうそう)	済・未	年	月	才	月頃	
おたふくかぜ	済・未	年	月	才	月頃	
伝染性紅斑(りんご病)	済・未	年	月	才	月頃	
手足口病	済・未	年	月	才	月頃	
	済・未	年	月	才	月頃	
	済・未	年	月	才	月頃	
	済・未	年	月	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		関節が抜けやすい(肘・肩・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

禁忌薬(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
		科	年 月
		科	年 月
		科	年 月

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 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 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 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無

●人とかかわり・好きなこと・苦手なことなど

長所	わたしのいいところ	
人とかかわり	好きなタイプの人	
	苦手なタイプの人	
	知らない人(極端にこわがる、知らない人にも平気で近づいていくなど)	
好きなもの・こと・ところ	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	
	苦手なところ(こわがる場所や落ち着かない場所など)	
		様子
	苦手なところでの対応方法	

わたしが安心できるかかわりかた

かかわる人が特に注意していること