

プロフィール ブック

目次

わたし（ぼく）のサポートマップ 記入例 記入例	プロフィール	1
わたし（ぼく）のサポートマップ	プロフィール	1
基本事項	プロフィール	2
家系図 記入例 記入例	プロフィール	3
家系図	プロフィール	3
医療情報（1）保険証・受給者証など	プロフィール	4
医療情報（2）かかりつけの医療機関	プロフィール	5
医療情報（3）常用薬・その他薬の記録	プロフィール	6
医療情報（4）大きな病気・ケガなど	プロフィール	7
医療情報（5）予防接種の記録	プロフィール	8
医療情報（6）定期通院・健診の記録	プロフィール	9
医療情報（7）入院の記録	プロフィール	10
医療情報（8）医療的ケア【要約版】	プロフィール	11
医療情報（9）補装具等	プロフィール	12
医療サポート（1）情報シート	プロフィール	13
医療サポート（2）コミュニケーションシート	プロフィール	14
歯科医療サポート（1）情報シート	プロフィール	15
歯科医療サポート（2）コミュニケーションシート	プロフィール	16
福祉支援（1）手帳・福祉支援の情報	プロフィール	17
福祉支援（2）福祉サービス（通っているところ）	プロフィール	18
生育歴 生まれる前から3歳までの状況	プロフィール	19
所属歴（1）園、学校の所属歴	プロフィール	20
所属歴（2）住まいの場 働く場	プロフィール	21
訓練・検査・その他の記録	プロフィール	22



名前： _____

わたし（ぼく）のサポートマップ

記入日（ 年 月 日）

記入日現在、かわりのある人や、利用している施設、事業所などの名称や担当者、連絡先などを記入します。訂正や変更は赤で記入し、変更記入日も赤で変更しておきましょう。

記入例

相談機関・療育機関

△△療育センター
心理：下田 伊豆子先生
□□ことばの教室
担当：天童 夏子先生
相談支援事業所 サポテン
053-987-6543

医療機関等

〇〇市立病院
内科：牧之原 Dr.
FFクリニック：駿府 Dr.
GG耳鼻科：天城 Dr.
処方箋薬局：げんき薬局
かかりつけの詳細は
プロフィールファイルP5を
参照してください。

行政機関・窓口

〇〇市口区障害福祉課
053-876-5432
〇〇市教育委員会
焼津 吉男先生

成年後見人など

現在は利用なし。

日中活動の場 (学校・職場など)

〇〇特別支援学校 中学部2年1組
053-123-4567
部活動：バスケット部（火、木）
放課後事業所 AAA
053-234-5678

名前

(歳)

プリクラや写真を
貼ってください。

住んでいる地域 (民生委員など)

現在：自宅にて、家族と同居
〇〇市△△町
担当民生委員 静岡 育夫さん
053-345-6789

私の楽しみ (余暇活動など)

バスケットクラブBB（第1土曜日）
コーチ：浜松 北二さん
和太鼓サークルPP（第3土曜日）
連絡先：掛川さん 053-567-8901
月に1回くらい、友達とカラオケに
行ったり、プリクラをとるのが楽し
みです。
お正月に、おばあちゃんの家に行く
のが楽しみです。

利用している 福祉事業所

ショートステイ：
CCサポートハウス
053-678-9012
移動：DDガイドサービス
053-789-0123
居宅：EEケアセンター
053-890-1234
日中一時：フレンドハウス
053-901-2345

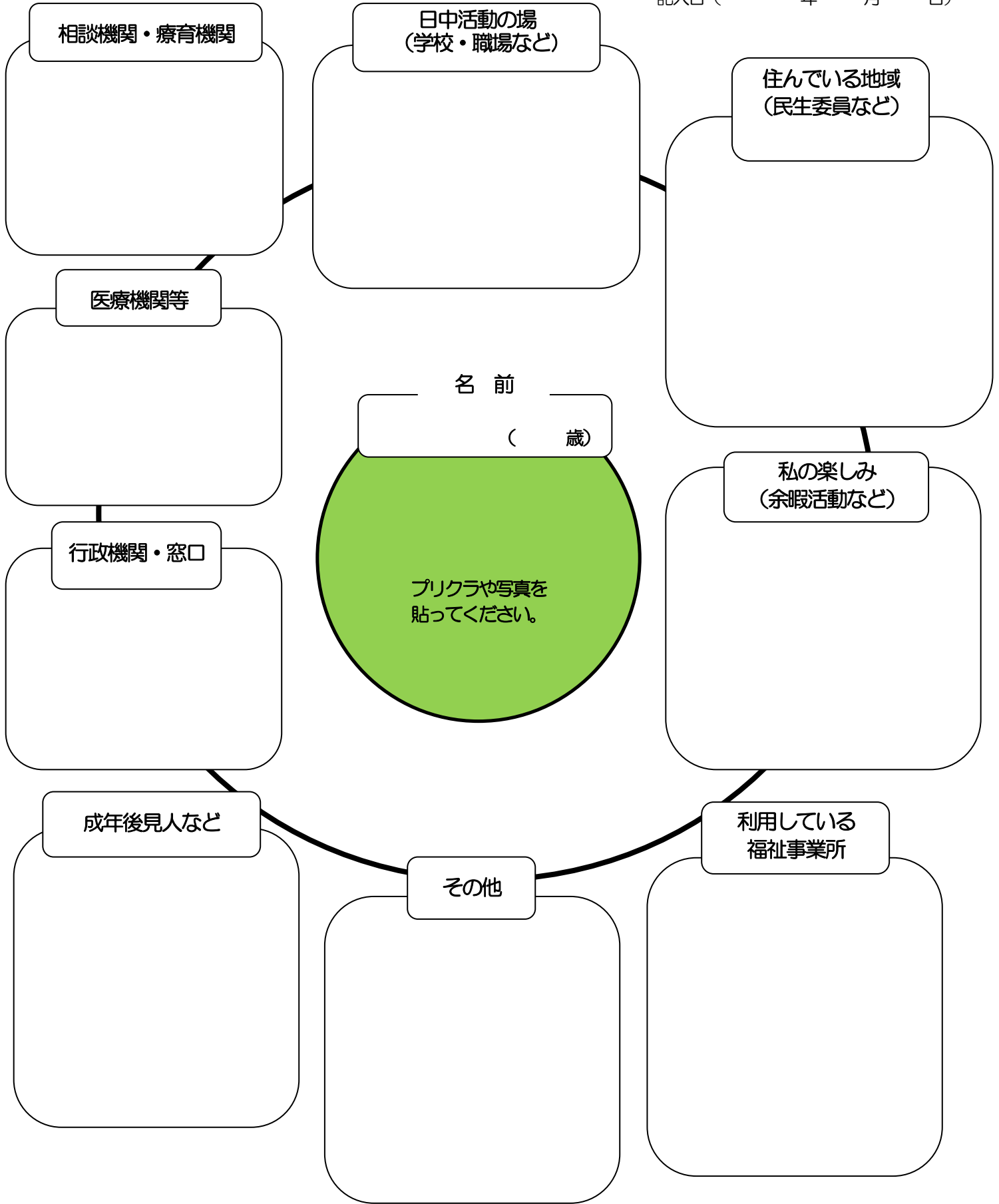
その他

クラスの友達
下田 春子さん、由比 秋奈さん
近所の友達 熱海 冬香さん
親戚の大井 川子おばさんがよく
遊びに来てくれる。
(やさしいから大好き)

※わたしの（ぼくの）まわりにある支援を書き込んでみましょう。

わたし（ぼく）のサポートマップ

記入日（ 年 月 日）



※わたしの（ぼくの）まわりにある支援を書き込んでみましょう。

基本事項

記入日 (年 月 日)

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女		血液型 (年 月 日 検査) A ・ B ・ O ・ AB (Rh + ・ -)			
	愛称 <small>(いつも呼ばれている呼び名)</small>		生年月日 年 月 日生			
住所	〒			電話		
避難地			避難所			
連絡 順位	家族氏名	続柄	同居 別居	生年月日	電話番号	備考 (同居でない場合、住所または 連絡先の会社名や携帯番号など)

その他の緊急連絡先

	氏名	続柄	連絡先	備考
1				
2				

診断名など	
-------	--

持病 (基礎疾患) ・ 体質等

持病 (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)
<small>きんきやく</small> 禁忌薬 (飲んではいけない薬)	なし ・ あり (薬名)
てんかん	なし ・ あり (タイプ:)
アレルギー	食物アレルギー なし ・ あり (原因:)
	薬アレルギー なし ・ あり (原因:)
	その他 ハウスダスト ・ 動物 ・ 寒冷

持っている手帳など

療育手帳	なし ・ あり (A ・ B)
身体障害者手帳	なし ・ あり (種 級 障害名)
精神障害者保健福祉手帳	なし ・ あり (級)

本人の状態

コミュニケーション	会話できる ・ 会話できない ・ 単語 ・ 絵カードや写真 ・ サイン () その他 ()
指示の理解	おおむね理解できる ・ 理解できることもある () ・ 理解できない
情緒の安定	常に安定 ・ 場合により不安定になる () ・ 常に不安定
危険の回避	理解できる ・ 飛び出しあり ・ 車 ・ 人 ・ 火 ・ 水 ・ 物 ()
移動	ひとりで歩行できる ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 車椅子や補装具を使用
食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 偏食が激しい ・ 過食 ・ 少食
排泄	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 洋式 ・ 和式 ・ どちらでも
マヒの有無	なし ・ あり (部位) 医療的ケアの有無 なし ・ あり

記入例

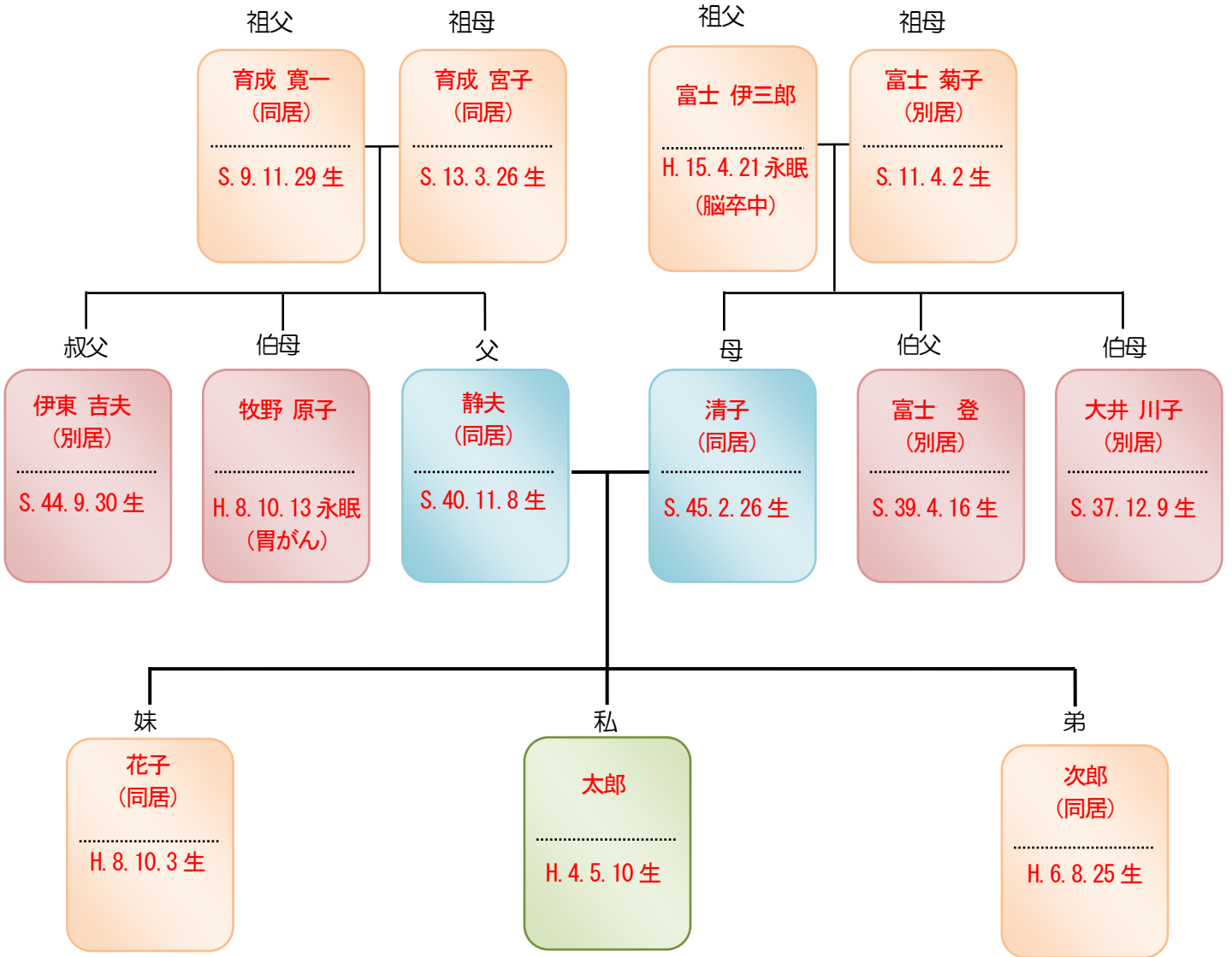
家系図

記入日 (年 月 日)

記入者氏名 (続柄)

私 () の家族・親族

1親等 2親等 3親等



記入日現在の家族や親族を記入します。
同居・別居を記入するか、同居の家族を○で囲みます。
また、死亡した場合はさしつかえない範囲で死因なども記入しましょう。
訂正や変更は赤で記入し、記入日も赤で変更しておきましょう。
記入欄やスペースが足りない場合は、追加しましょう。

医療情報 (1)

健康保険証・乳児医療受給者証・介護保険証

記入日 (年 月 日)

健康保険証記号番号	・国保 ・健保 (協会・組合) ・共済 ・その他 ()	保険者番号	
		記号番号	
重度心身障害児者医療費助成金受給者証	なし ・ あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
自立支援医療受給者証 (育成・更生・通院公費)	なし ・ あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
小児慢性特定疾患医療受給券	なし ・ あり	公費負担番号	
		公費負担医療受給者番号	
乳幼児医療費受給者証	なし ・ あり	公費負担者番号	
		受給者番号	
介護保険被保険者証	なし ・ あり 要支援・要介護区分 ()	被保険者番号	
		認定有効期間	年 月 日

主たる診断名 (障害名)

記入日 (年 月 日)

診断名など	医療機関名
	(診断日 年 月)

特に気をつけてもらいたい症状 (けいれん、心臓病、ぜんそく、アレルギーなど)

病名	症状	対応	
		主治医	
	医療機関名 TEL () -	主治医	
		主治医	
	医療機関名 TEL () -	主治医	

体質について (O印を)

	かぜをひきやすい		からみやすい (部位:)
	下痢をしやすい		関節がぬげやすい (部位: 肘 肩 その他) 左・右
	便秘しやすい	その他	
	よく吐く		

医療情報（2）

かかりつけの医療機関

記入日（ 年 月 日）

診療科	病院・診療所名等	主治医
		診察券 No.
		初診日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日
	TEL () —	主治医： 診察券 No. 初診日 年 月 日

医療情報 (3)

常用薬・その他薬の記録 (処方終了した薬には赤で線を引きましょう)

「お薬手帳」のコピーや薬の説明書 (調剤説明書) などと一緒にファイルしておきましょう。

薬名 (処方期間)	何の薬 (処方目的、副作用等)	服用状況	
年 月 ~ 年 月		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食 後 ・ 食 間 就 寝 前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
年 月 ~ 年 月		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食 後 ・ 食 間 就 寝 前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
年 月 ~ 年 月		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食 後 ・ 食 間 就 寝 前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
年 月 ~ 年 月		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食 後 ・ 食 間 就 寝 前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	
年 月 ~ 年 月		服薬時間	量・形状
		毎 朝 ・ 昼 ・ 夕 食 後 ・ 食 間 就 寝 前 ・ 時 その他 ()	包 錠 ()
		飲み方	

薬の飲み方 飲ませ方 うまいく方法	
-------------------------	--

医療情報（４）

今までにかかった大きな病気

記入日（ 年 月 日）

感染症名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻疹（はしか）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
風疹（三日はしか）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
おたふくかぜ	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
結核	BCG 済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	
		年 月 日 歳頃	

※予防接種は母子健康手帳を参照

その他既往症・大きな病気・ケガなど

既往症	かかった時期	病状・医療機関など
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	
	年 月 日 歳頃	

医療情報 (5)

予防接種の記録

記入日 (年 月 日)

予防接種		済 ・ 未	接種年月日	歳頃	病状・合併症など
BCG		済 ・ 未	年 月 日		
ポリオ		済 ・ 未	年 月 日		
		済 ・ 未	年 月 日		
三種混合Ⅰ期	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
	追加	済 ・ 未	年 月 日		
二種混合		済 ・ 未	年 月 日		
麻しん (はしか)		済 ・ 未	年 月 日		
風しん (三日はしか)		済 ・ 未	年 月 日		
日本脳炎Ⅰ期	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	追加	済 ・ 未	年 月 日		
日本脳炎Ⅱ期		済 ・ 未	年 月 日		
水痘 (水ぼうそう)		済 ・ 未	年 月 日		
おたふくかぜ		済 ・ 未	年 月 日		
MRワクチン		済 ・ 未	年 月 日		
ヒブワクチン		済 ・ 未	年 月 日		
肺炎球菌ワクチン		済 ・ 未	年 月 日		
子宮頸がん ワクチン	1回	済 ・ 未	年 月 日		
	2回	済 ・ 未	年 月 日		
	3回	済 ・ 未	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
インフルエンザ		接種する 接種しない	毎年・毎年とは限らない 理由：		

医療情報 (6)

定期的な通院・健康管理・定期健康診断

記入日 (年 月 日)

実施病院・実施場所	通院や定期健診の回数 回/月・回/年	通院や健康診断内容・備考

医療情報（7）

入院の記録 ※診断された診断名や、治療の内容、対処結果などを記入しましょう。 記入日（ 年 月 日）

年月日	医療機関名	入院や治療の内容
年 月 ～ 年 月 年齢：	主治医：	
年 月 ～ 年 月 年齢：	主治医：	
年 月 ～ 年 月 年齢：	主治医：	
年 月 ～ 年 月 年齢：	主治医：	
年 月 ～ 年 月 年齢：	主治医：	

医療情報 (8)

医療的ケア

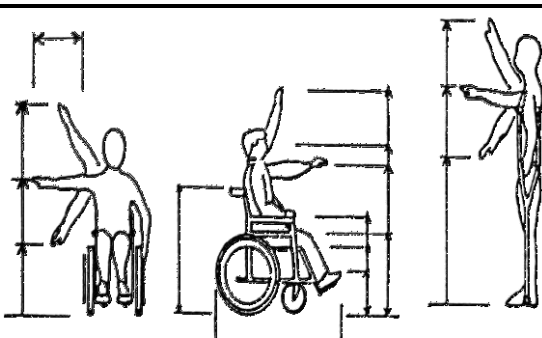
【要約版】

記入日 (年 月 日)

氏名	ふりがな	男 女	愛 称	歳	通っている ところ	
緊急連絡先			血液型	身長	体重	平熱
診 断 名				cm	kg	度
健康 ・ 体質	病気がち ・ 汗が出にくい ・ 熱がこもる アレルギー () ・ 体温調節不調 その他 ()			常用薬	なし ・ あり 種類	
食 事 関 係	経口摂取 (口から食べる)	口から食べる: できない ・ できる ⇒ 介助: 不要 ・ 必要 嚥下障害 なし ・ あり ⇒ (誤嚥性肺炎の経験 なし ・ あり) 姿勢: 食事形態: 刻み食 ・ ミキサー食 ・ ペースト食 ・ ペースト食 (とろみ付き) 水分摂取時にとろみ付加: 不要 ・ 必要 (どの程度:)				
	経管栄養: 経鼻	管の太さ () Fr 鼻に止める位置 先端から () cm				
	経管栄養: 胃ろう (腸ろう)	PEG 製品名 () (太さ Fr ・ 長さ cm) 形態: 外部 (ボタン型 ・ チューブ型) 内部 (バンパー型 ・ バルン型) 交換の頻度 () バルンの水 (ml 固定)				
	経管栄養剤等	エンシュアリキッド ・ ラコール ・ その他 (製品名:) ミキサー食 (内容: 程度:)				
	注入時の注意	姿勢 その他				
	注入する 栄養剤の量 注入方法	1日の総カロリー量目安 () Kcal 朝食 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) ml 昼食 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) m 夕食 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) m ほか 時 () ml 白湯 () ml その他 (:) m 1回の注入時間 () 分 注意事項 ()				
呼 吸 器 関 係	気管カニューレ	製品名 () 管の内腔 () mm カフ (なし ・ あり) 交換の頻度 () ごと 交換している人・病院 () ネブライザー (吸入) 必要なし ・ 必要あり (薬剤名) 吸引カテーテル (太さ Fr) の挿入の長さ () cm まで (厳守) 吸引の頻度 (随時 ・ 分ごと ・ 時間ごと ・ 喘鳴時 ・ その他)				
	酸素使用	夜間のみ ・ 24時間 ・ その他 () 酸素使用量 (l/min)				
	呼吸器条件	(SIMV ・ CMV ・ CPAP ・ RR ・ PIP ・ PEEP など)				
排 泄	排尿・排便	導尿の必要 なし ・ あり ⇒ 1日 回 (時間ごと) カテーテルの太さ (Fr) 下剤の必要 なし ・ あり ⇒ (日に1回 下剤: 種類 量)				
てんかん発作時対応		対応の必要 なし ・ あり 投薬の必要 なし ・ あり				

医療情報 (9)

導入時の年齢 (歳) 交付自治体 () 記入日 (年 月 日)

補装具等 (※可能であればリハビリの先生などに記入してもらうことが望ましいでしょう。)				
記入者	所属		職名	
	氏名		連絡先	
機器等の種類	補装具 ・ 日常生活用具 ・ 自助具 ・ その他 ()			
機器等の名称				
業者	所属		職名	
	氏名		連絡先	
導入の目的				
導入までの経過				
	申請日	年 月 日	判定日	年 月 日
	交付日	年 月 日	耐用年数	年
操作方法・留意事項				
寸法等				※支援・補助内容などを記載。 必要に応じて、機器等の写真を貼付。

医療サポート（1）情報シート 記入日（ 年 月 日）

このシートは、医療を受診する際に、診療をスムーズに行なうために必要な支援や配慮について記載するシートです。待合室や診察室で気をつけてほしいことを記入し、受診前に持参し相談しましょう。

【患者氏名】		（ 歳）	
●待合室（診療室に入るまで）配慮して欲しいこと（該当する項目に○印をしてください）			
<ul style="list-style-type: none"> 短時間（5～10分）なら待合室で待ちます 待合室の外で待ちます。携帯電話に連絡してください 携帯番号（ — — ） 待ち時間をカードで伝えます 保護者、介助者が診療室の中まで付き添います さわってはいけないものはしまっておいてください 		その他	
●コミュニケーションのとり方（以下の項目のうち、有効な手段があればいくつでも○印をしてください）			
<ul style="list-style-type: none"> 事前に診療の内容を教えてください ゆっくり話しかけてください 具合や症状などは、本人が自分で伝えます 本人は伝えられないので、付き添い者が説明します 絵や写真で説明してもらえると良く分かります 実物を見ると分かりやすいです 手鏡等で診療の様子を見せると少し安心します 文字で書いてもらえると分かりやすいです 		その他	
●嫌なこと、苦手なこと、怖がること（○印をしてください）			
(1) 声について	<ul style="list-style-type: none"> 大きな声 子どもの泣き声 先生以外の人の声 その他配慮してほしいこと（) 		
(2) 音について	<ul style="list-style-type: none"> 大きな音 機械音（) その他の音（) 		
(3) 診療室の環境について	<ul style="list-style-type: none"> 白衣 仰向けになること 光（ライト） とがった物 その他配慮してほしいこと（) 		
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> じっとしていること さわられること(部位) その他（) 		
●医療器具の使用について			
注射	「おさえられるのは嫌い」「注射は暴れるので、注意が必要」など。		
●好きなこと、興味あること（好きなキャラクターや動物などを用いて不安を軽くしたり、こまめに使います）			
興味あること()			
好きなキャラクター・動物など()			
●受診にあたって心配なこと、伝えておきたいこと			
「強く押さえつけると不安になり泣いたり暴れるので、できるだけ本人の表情を見ながら治療をすすめてください」など。			
●受診する前、本人に病院へ行くことを伝える方法			

医療サポート（2）コミュニケーションシート

【患者氏名】		（ 歳）
受診時の症状	治療中の様子、治療後の注意 — 担当医より —	治療後の様子、質問など — 付き添いの方より —
年 月 日	担当医：	
年 月 日	担当医：	
年 月 日	担当医：	
年 月 日	担当医：	

歯科医療サポート（1）情報シート

記入日（ 年 月 日）

このシートは、医療サポート情報シートに加えて、歯科診療に必要な支援や配慮について記載するシートです。
 歯科診療に不安がある方は、医療サポート情報シートと共に、歯科受診前に持参し相談しましょう。

【患者氏名】 (歳)

●本人は歯科治療の際に「痛いっ！」ことを周囲に伝えられますか。

- できる（方法：)
- できない
- わからない

●できる・できない・こわがることなどに○印をしてください。

- | | | |
|------------------------------|-------------------|----------------|
| ○ゆすぎ（くちゆすぎ、うがい） | • できる（コップで・ストローで） | • できない |
| 水を口に含むこと | • できる | • できない |
| ブクブクうがい | • できる | • できない |
| ○常に口唇が開いている | • 開いている | • 開いていない |
| ○開口の維持 | • できる | • できない |
| ○開口器の使用 | • できる | • できない |
| ○鼻呼吸が | • できる | • できない |
| ○固定について | • 固定しないと治療できない | • 固定されると治療できない |
| ○診療台で一人になること | • できる | • できない |
| ○診療台を倒すこと | • こわい | • こわくない |
| ○タービン（歯を削るための器具）の音 | • こわい | • こわくない |
| ○吸引音 | • こわい | • こわくない |
| ○水の温度 | • 熱いのは苦手 | • 冷たいのは苦手 |
| ○嘔吐癖 | • ある | • ない |
| ○テンカウント（10数えて、数え終わったら休憩する方法） | • 理解できる | • 理解できない |

●受診にあたって心配なこと、伝えておきたいこと

（This area is a large empty box for writing concerns or things to be communicated during the visit.）

歯科医療サポート（2）コミュニケーションシート

【患者氏名】 (歳)		
今日行った治療	治療中の様子、治療後の注意 — 担当医より —	治療後の様子、質問など — 付き添いの方より —
年 月 日 ・何もできなかった ・待合室・診療室に入れた ・口腔内の観察 ・歯磨き指導 ・治療 ・十分 ・不十分 ・詰め物、冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他 ()	担当医：	
年 月 日 ・何もできなかった ・待合室・診療室に入れた ・口腔内の観察 ・歯磨き指導 ・治療 ・十分 ・不十分 ・詰め物、冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他 ()	担当医：	
年 月 日 ・何もできなかった ・待合室・診療室に入れた ・口腔内の観察 ・歯磨き指導 ・治療 ・十分 ・不十分 ・詰め物、冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他 ()	担当医：	
年 月 日 ・何もできなかった ・待合室・診療室に入れた ・口腔内の観察 ・歯磨き指導 ・治療 ・十分 ・不十分 ・詰め物、冠の治療 ・歯の根の治療 ・抜歯 ・入れ歯の治療 ・歯周病の治療 ・その他 ()	担当医：	

福祉支援（１）

手帳・福祉支援の情報

記入日（ 年 月 日）

福祉支援・福祉制度の利用	受給の内容	手帳・証書の管理者
療育手帳	なし・あり（ A ・ B ） 手帳番号 交付年月日（ 年 月 日） 更新年月日（ 年 月 日）	
身体障害者手帳	なし・あり（ 1級 ・ 2級 ・ 3級） 手帳番号 交付年月日（ 年 月 日） 更新年月日（ 年 月 日）	
精神障害者保健福祉手帳	なし・あり（ 1級 ・ 2級 ・ 3級） 手帳番号 交付年月日（ 年 月 日） 更新年月日（ 年 月 日）	
障害福祉サービス受給者証	なし・あり 受給者番号 交付年月日（ 年 月 日） 障害種別 1 2 3 障害程度区分 区分（ ）	
特別児童扶養手当	なし・あり（ 1級 ・ 2級 ） 支給決定年月日（ 年 月 日）	
特別障害者手当	なし・あり（ ）	
障害基礎年金	なし・あり（ 1級 ・ 2級 ） 基礎年金番号（ ） 受給権を取得した年月（ 年 月）	
日常生活自立支援事業	なし・あり（契約日 年 月 日）	
成年後見制度	なし・あり（ 補助 ・ 保佐 ・ 後見 ）	
心身障害者扶養共済制度	未加入 ・ 加入 加入年月日（ 年 月 日）	
生活サポート総合補償制度	未加入 ・ 加入 加入年月日（ 年 月 日）	
生活保護	なし・あり	

福祉支援（２）

福祉サービス事業所利用状況（通っているところ）

記入日（ 年 月 日）

事業所・施設 担当者	利用サービス名	支給決定内容
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	
TEL（ ） —	利用開始日 年 月 日	

※福祉サービスの利用状況については受給者証を参照

生育歴

産まれる前から3歳までの状況

記入日 (年 月 日)

出産前	
・妊娠中、特に気になることはありましたか？ (あった ・ 特になし) (具体的に) ・ 切迫流産 ・ 妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) ・ 前置胎盤 ・ 貧血 ・ 切迫早産 ・ 糖尿病 ・ 風疹感染 ・ その他 ()	
出産時	
● 出産予定日 (年 月 日) ・ 出産日 (年 月 日) (週) ● お母さんの年齢 (歳) ・ お父さんの年齢 (歳) ● 赤ちゃんの体重 (g) ・ 身長 (cm) ・ 胸囲 (cm) ・ 頭囲 (cm) ● 分娩までの経過 頭位 ・ 骨盤位 (逆子) ・ その他 () ● 分娩までの状況 微弱陣痛 ・ 前期破水 ・ その他 () ● 分娩所要時間 () 時間 ● 分娩の状況 自然分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開 その他 () 黄疸 (普通 ・ 強 ・ その他) 仮死 なし ・ あり ・ 保育器使用 なし ・ あり (日間) ● その他気になったこと	
乳幼児健診の状況 (特記すること)	
3~4か月児健診	・ 受けていない ・ 受けた (月)
10か月児健診	・ 受けていない ・ 受けた (月)
1歳6か月児健診	・ 受けていない ・ 受けた (歳 月)
3歳児健診	・ 受けていない ・ 受けた (歳 月)
発達状況	
● 乳の飲み方は？ 普通 ・ 弱かった ・ その他 (具体的に) ● 母乳はいつまで？ 歳 月頃まで ● 運動発達：首のすわり (月)、寝返り (月)、お座り (月) はいはい (月)、ひとり歩き (歳 月) ● 聞こえについて気になることがありましたか？ ・ はい (月の頃) ・ いいえ ● あやすと笑いましたか？ ・ はい (月頃からしていた) ・ いいえ ● 視線の合わせ方はどうでしたか？ よく合った ・ 合うこともある ・ 合いにくかった ● 人見知りをしましたか？ ・ はい (月頃からしていた) ・ いいえ ● 親の後追いをしましたか？ ・ はい (月頃からしていた) ・ いいえ ● 指さしをしましたか？ ・ はい (歳 月頃からしていた) ・ いいえ ● 初めて言葉 (ワンワン、ブーブー など) を言ったのは？ 歳 月頃 (言った言葉) ● 2つ以上言葉を続けて言った (「ワンワンした」) のは？ 歳 月頃 (言った言葉) ● 育児で気になったことはありますか？ (あれば○をつけてください) 落ち着かない ・ おとなしい ・ 寝てばかりいた ・ あまり寝ない ・ よく動きまわる ・ かんしゃく ・ 気持ちの切りかえができない 病気がちだった ・ その他 () ● 好きなものは何ですか？ () ● よくする遊びは何ですか？ ()	
3歳までにかかった大きな病気やケガ	
けいれん ・ ぜんそく ・ 川崎病 ・ 心臓病 その他 ()	

所属歴(1)

通園施設、幼稚園、保育園、児童デイサービス事業所

記入日(年 月 日)

施設・事業所	通園期間	クラス
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組
	年 月 ~ 年 月	組
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組
	年 月 ~ 年 月	組
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組
	年 月 ~ 年 月	組
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組
	年 月 ~ 年 月	組
TEL () -	(歳 ~ 歳)	組
	年 月 ~ 年 月	組

小学校、特別支援学級、特別支援学校

学校名	在学期間	所 属	
TEL () -	年 月 ~ 年 月	1年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	2年生	普通級・特支級
TEL () -	年 月 ~ 年 月	3年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	4年生	普通級・特支級
TEL () -	年 月 ~ 年 月	5年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	6年生	普通級・特支級

中学校、特別支援学級、特別支援学校

学校名	在学期間	所 属	
TEL () -	年 月 ~ 年 月	1年生	普通級・特支級
	年 月 ~ 年 月	2年生	普通級・特支級
TEL () -	年 月 ~ 年 月	3年生	普通級・特支級

高等学校、特別支援学校等

学校名	所属期間	クラス	
TEL () -	年 月 ~ 年 月	1年生	
	年 月 ~ 年 月	2年生	
TEL () -	年 月 ~ 年 月	3年生	

所属歴（２）

入所施設・グループホーム・ケアホーム

（記入日 年 月 日）

事業所・施設	住 所	電話番号	担当者
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	利用サービス：		

通所施設・会社・事業所・その他

事業所・施設	住 所	電話番号	担当者
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		
年 月 ～ 年 月			
	職種・利用サービス：		

訓練・検査・その他の記録

訓練や発達検査などの記録

記入日 (年 月 日)

年月日	機関名等 (保健センター・病院・療育センター・児童相談所等)	内 容 等
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： TEL () - 担当者：	
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： TEL () - 担当者：	
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： TEL () - 担当者：	
年 月 日 歳 所属しているところ 学校 年	機関名： TEL () - 担当者：	

※必要に応じて、この用紙をコピーして追加しましょう。