□の中に入力、又は選択して下さい。

年　月　日　記入

プロフィール

●子どもの情報

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	〒		
本　籍		電話番号	自宅　(　)

●家族の情報

	続柄	氏　名	生年月日	所属(職業・学校等)	備　考
家族構成			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

緊　急 連絡先 ①	連絡先方：父・母・祖父・祖母・その他(　) 連絡先名称：自宅・その他(　) 電話番号：　(　) 携帯電話：　(　) E-Mail等：
緊　急 連絡先 ②	連絡先方：父・母・祖父・祖母・その他(　) 連絡先名称：自宅・その他(　) 電話番号：　(　) 携帯電話：　(　) E-Mail等：

母子手帳等の必要なページや保険証のコピー等を貼り付けて活用してください。

□の中に入力、又は選択して下さい。

□年□月□日　記入

生い立ち

妊娠の様子

○妊娠中の母の健康状態：良い　他（　　）

○妊娠中の病気等：有　無　（病名　　）

○薬の服用　　：無・有

○妊娠中に気になったこと

出産の様子

○在胎期間：　　□週＋□日

○出生体重：　　□グラム

○出生身長：　　□センチ

○頭　　囲：　　□センチ

○胴　　囲：　　□センチ

○分　　娩：普通・逆子・鉗子・吸引・帝王切開・他（　　）

○様　　子：普通・衰弱・仮死・双子・臍帯けん絡・他（　　）

○泣 き 方：良・他（　　）

○黄　　疸：普通・光線療法（□日）

○保育器使用：無・有　（□日）

○医師の診断や出産時に気になったこと

□の中に入力、又は選択して下さい。

生い立ち

乳幼児期の様子

○首がすわる	(　　)歳(　　)か月
○あやすと笑う	(　　)歳(　　)か月
○寝返りをする	(　　)歳(　　)か月
○お座りをする	(　　)歳(　　)か月
○はいはいをする	(　　)歳(　　)か月
○人見知り	(　　)歳(　　)か月
○ひとりで歩く	(　　)歳(　　)か月
○欲しいものを指差す	(　　)歳(　　)か月
○バイバイ等と手を振る	(　　)歳(　　)か月
○片言を言う	(　　)歳(　　)か月
○おしっこやウンチを知らせる	(　　)歳(　　)か月
○一人でおしっこ	(　　)歳(　　)か月
○一人でウンチ	(　　)歳(　　)か月
○トレーナ等の簡単な服を一人で着替える	(　　)歳(　　)か月

その他、妊娠・出産の様子・発育の様子等で特に気になったこと、伝えたいこと

□の中に入力、又は選択して下さい。

医療の記録

●受診歴・相談歴・リハビリ歴

日　時	年　齢	医療機関名 受 診 科 目 医　師　名	受診理由	受診結果(診断名) 注意事項、経過等	治療内容

○特に伝えたいこと

□の中に入力、又は選択して下さい。

●薬の服用の仕方（お薬手帳 あり・なし）

薬　名 （病院名）	常用 臨時	効　能 服用の仕方	服用時間・間隔 薬の量	保管場所
1. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
2. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
3. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
4. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
5. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
6. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
7. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
8. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	
9. ( )	常用 臨時	効 服用	時 量	

※お薬手帳がある場合は、ファスナーポケットに入れておきましょう。

●アレルギー（食物、環境、物質など）について

アレルギーの種類	症　状	対応・治療法

●発作、てんかんなど

発作、てんかん等	症　状	対応・治療法

□の中に入力、又は選択して下さい。

サービス利用の記録

サービスの種類	期　　間	支給量、利用量等	サービス事業者
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		

＊サービス受給者証、地域生活支援事業に関わる決定通知書、または受給者証も一緒に入れておきましょう。（コピー可）

□の中に入力、又は選択して下さい。

サービス利用の記録

サービスの種類	期　　間	支給量、利用量等	サービス事業者
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		
	年　月　日 ～ 年　月　日		

＊サービス受給者証、地域生活支援事業に関わる決定通知書、または受給者証も一緒に入れておきましょう。（コピー可）

□の中に入力、又は選択して下さい。

診断・手帳の記録

★手帳をお持ちの方は、必要事項をご記入ください。

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

＊児童相談所での検査内容等は、受け取ることが出来ます。児童相談所にお問い合わせください。

□の中に入力、又は選択して下さい。

診断・手帳の記録

★手帳をお持ちの方は、必要事項をご記入ください。

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

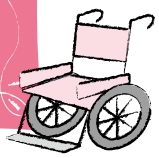
手帳の種類	（等級・程度　　）	手帳番号	
交付日	年　月　日	次回更新時期	年　月　日
判定機関		判定日	年　月　日

特記事項（障がい名・診断名・判定内容等）

＊児童相談所での検査内容等は、受け取ることが出来ます。児童相談所にお問い合わせください。

□の中に入力、又は選択して下さい。

補装具・日常生活用具の記録



補装具・ 日常生活用具名	判定年月日 （意見書）	交付・修理 年　月　日	業者名 担当者	連絡先
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		
	年　月　日	交付 修理 ・・		

現在使用している補装具や日常生活用具の写真を貼ったり、
支援の注意点等を記入して、子どもの様子を伝える等に活用してください。
また、交付の時の書類を保管する等にも活用できます。