□の中に入力、又は選択して下さい。

① プロフィール

本人の情報			
ふりがな		家庭での呼び名	
氏名		生年月日	年　月　日生
住所			
本籍		電話番号	自宅 携帯電話

家族の情報				
続柄	氏名	生年月日	所属（職業・学校等）	備考

緊急連絡先	
緊急連絡先①	連絡先方：父・母・祖父・祖母・その他（　　） 連絡先名所：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（　　） 連絡先名所：自宅・その他（　　） 電話番号： 携帯電話： E-Mail 等：

母子手帳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。

②　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	無　・　有（病名　　）
薬の服用	有　・　無

【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	g	頭　　囲	cm
出生身長	g	胴　　囲	cm
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	良い　・他（　　）		
黄　　疸	普通・光線療法（　　日）		
保育器使用	無　・有（　　）		

【医師の診断や出産時に気になったこと】

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
欲しいものを指さす	歳　　か月
バイバイなどと手を振る	歳　　か月
片言を言う	歳　　か月
おしっこやうんちを知らせる	歳　　か月
ひとりでおしっこ	歳　　か月
ひとりでうんち	歳　　か月
トレーナ等の簡単な服を ひとりで着替える	歳　　か月

【その他、妊娠・出産の様子・発育のようすなどで特に気になったこと、伝えたいこと

③　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 受診科名 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】

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	

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

④　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
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	年　月　日 ～ 年　月　日		
生活介護・機能訓練 生活訓練・就労移行 就労(A 型)・就労(B 型) その他(　　)	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）

⑤　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	
判定期間		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	
判定期間		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	
判定期間		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	
判定期間		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、受け取ることができます。児童相談所にお問い合わせください。

⑥　補装具・日常生活用具の記録

補装具・ 日常生活用具	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　.　.		

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、交付のときの書類を保管する等にも活用できます。