**目　　　次**

プロフィール・・・・・フ－１

私の家族・親族・・・・フ－２

サポートマップ・・・・フ－３

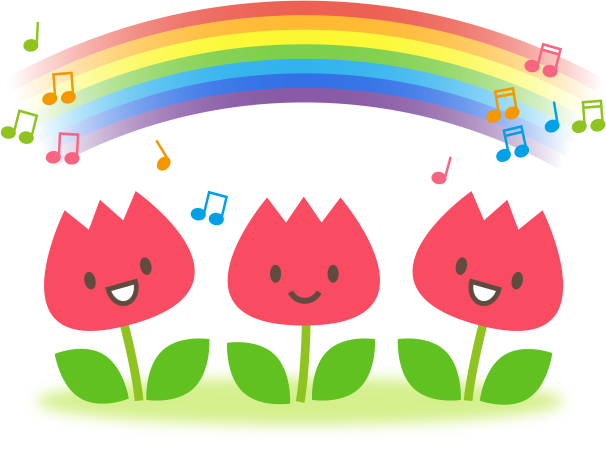
生育歴　　　・・・・・フ－４

医療の記録　・・・・・フ－５

乳幼児検診等の様子・・フ－７

受診歴・検査歴 ・・・フ－８

療育・相談歴　・・・・フ―９



プロフィール

記入者【　　　　　　】記入日【　　　　　　年　　　月　　　日】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | 愛称 | |  | | | |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | 性別 | |  | | | 血液型 | 型 |
| 住所 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | |
| 緊　急  連絡先 | | １ | |  | 本人との関係 | | | | | 電話 | | |
| ２ | |  | 本人との関係 | | | | | 電話 | | |
| ３ | |  | 本人との関係 | | | | | 電話 | | |

支援者のみなさまへ～保護者からのお願い～

|  |
| --- |
| ※支援者の方に必ず伝えたい特徴や注意事項（読んで欲しい項目など）を記入してください。  〈必ず目を通してほしい項目：優先順位〉  ①  ②  ③ |

私の家族・親族

記入者【　　　　　　　　　　　】記入日【　　　　　　年　　　月　　　日】

父

母

祖母

祖父

祖母

祖父

名前

名前

名前

名前

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

名前

名前

名前

名前

名前

名前

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

㍼・㍻　　年

　　月　　日

私

名前

名前

名前

　　　年

　　月　　日

　　　年

　　月　　日

　　　年

　　月　　日

（例）

※名前と生年月日を記入してください。

　花　子

※足りないときには、枠を追加してください。

H29年

6月7日

※同居している家族にはチェックをつけてください。

サポートマップ

記入者【　　　　　　】記入日【　　　　　　年　　　月　　　日】

日中活動の場

（学校・職場など）

住んでいる地域

（民生委員など）

相談機関・療育機関

（　　　　歳）

わたし・ぼく

医療機関等

私の楽しみ

（余暇活動など）

プリクラや写真を

貼ってください。

行政機関・窓口

利用している

福祉事業所

その他

成年後見人など

※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。

生育歴

　　　　　　　　記入者【　　　　　　】記入日【　　　　　　年　　　月　　　日】

妊娠中・出産時の様子

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠中の様子 | * 妊娠中の異常   なし  あり　・強いつわり　　・切迫流産　　・切迫早産　　・貧血  ・妊娠高血圧症候群　　・前置胎盤　　・子宮内発育不全  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出産時の様子 | ○在胎期間　　　　週　　　　　　　○お母さんの年齢（　　　歳）  ○出産場所（　　　　　　　　　）　○分娩所要時間　　　　時間  ○分娩の経過  　正常分娩・吸引分娩・帝王切開（理由：　　　　　　　）  　・前早期破水　・微弱陣痛　・臍帯巻絡　・促進剤使用  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ○出生時の体重（　　　　ｇ）　・身長（　　　　㎝） |
| 新生児期の様子 | ○保育器に入りましたか　はい（　　　日間）・いいえ  ○お子さんの状態  ・仮死状態　　あり・なし  ・黄疸　　ふつう・強い（光線療法・交換輸血・その他）  ○お子さんが退院した日　生後　　日目 |

成長の様子

|  |  |
| --- | --- |
| 乳児期の様子 | ○栄養状態　・母乳・人工乳・混合  　　　　　　　よく飲んだ・ふつう・あまり飲まなかった  　　　　　　・離乳食の開始（　　　　　）か月頃から  　　　　　　　摂取状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ○普段の様子  　おとなしかった・ふつう・泣いていることが多かった  ○育児で気になったこと  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動面 | ・首のすわり（　　　）か月　　・寝返り（　　　）か月  ・お座り（　　　）か月　　　　・はいはい（　　　）か月  ・つかまり立ち（　　　）か月　・一人歩き（　　　）か月 |
| 精神面 | ・あやして笑う（　　　）か月　・人見知り（　　　）か月  ・動作のまねをする（　　　）か月  ・指さし（　　　）歳（　　　）か月  ・単語の出始め（　　）歳（　　）か月  ・二語文（　　　）歳（　　　）か月 |

医療の記録

　　　　　　　　記入者【　　　　　　】記入日【　　　　　　年　　　月　　　日】

診断名など

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | 診断時期 | 年　　　月  （　　　歳頃） |
| 医療機関 |  | 主治医 |  |
| 常用薬 |  | 禁忌薬 |  |

手帳など

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障がい者手帳 | なし ・ あり（　　級　　種　）  交付年月日（　　　　年　　月　　日） |
| 療育手帳 | なし ・ あり（　A１　A2　B1　B2　）  交付年月日（　　　　年　　月　　日） |
| 精神障がい者保健福祉手帳 | なし ・ あり（　　級）  交付年月日（　　　　年　　月　　日） |
| 重度心身障がい者医療費助成 | なし ・ あり |
| 自立支援医療 | なし ・ あり（　育成　更生　精神通院　） |
| 小児慢性特定疾患医療 | なし ・ あり |

基礎疾患など

|  |  |
| --- | --- |
| てんかん | なし ・ あり（　現在も ・ 過去に　）  　　　　症状が現れた時期　　　歳頃　　　　服薬　：　なし・あり |
| アレルギー | なし ・ あり  　　・食べ物　　卵　牛乳　大豆　小麦粉　そば　その他（　　　　　）  　　・薬品　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 体質 | ・かぜをひきやすい　　　　・下痢をしやすい  ・便秘をしやすい　　　　　・よく吐く  ・かぶれやすい（部位：　　　　　　　　　　　）  ・関節がぬけやすい（　ひじ・肩・その他　　　）左・右  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

かかりつけの医療機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科 | 医療機関名 | 主治医 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

今までにかかった病気

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 水ぼうそう | なし・あり（　　歳頃） |  | なし・あり（　　歳頃） |
| はしか | なし・あり（　　歳頃） |  | なし・あり（　　歳頃） |
| おたふくかぜ | なし・あり（　　歳頃） |  | なし・あり（　　歳頃） |
| 風しん  （三日はしか） | なし・あり（　　歳頃） |  | なし・あり（　　歳頃） |

その他大きな病気やけが

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名 | 年月日（年齢） | 医療機関 | 特記事項 |
|  | 年　月　日（　）歳 |  | 年　月　日（　）歳 |
|  | 年　月　日（　）歳 |  | 年　月　日（　）歳 |
|  | 年　月　日（　）歳 |  | 年　月　日（　）歳 |

予防接種の記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ポリオ  （生・不活化） | 済 　・ 　未 | ヒブ | 済 　・ 　未 |
| ３種混合  ４種混合 | 済 　・ 　未 | 小児用肺炎球菌 | 済 　・ 　未 |
| ＢＣＧ | 済 　・ 　未 | Ｂ型肝炎 | 済 　・ 　未 |
| 日本脳炎 | 済 　・ 　未 | ロタウイルス | 済 　・ 　未 |
| ＭＲ  （麻しん・風しん） | 済 　・ 　未 |  | 済 　・ 　未 |
| 水痘（水ぼうそう） | 済 　・ 　未 |  | 済 　・ 　未 |
| おたふくかぜ | 済 　・ 　未 |  | 済 　・ 　未 |

乳幼児健診等の様子

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １か月児健診 | ・受けた  場所：（　　　　　　　　）  市　町　・　病院  ・受けていない | 健診の様子 |
| ４か月児健診 | ・受けた  場所：（　　　　　　　　）  市　町　・　病院  ・受けていない | 健診の様子 |
| 10か月児健診 | ・受けた  場所：（　　　　　　　　）  市　町　・　病院  ・受けていない | 健診の様子 |
| １歳６か月児健診 | ・受けた  場所：（　　　　　　　　）  市　町　・　病院  ・受けていない | 健診の様子 |
| ３歳児健診 | ・受けた  場所：（　　　　　　　　）  市　町　・　病院  ・受けていない | 健診の様子 |
| ５歳児発達相談 | ・受けた  場所：（　　　　　　　　）  市　町　・　病院  ・受けていない | 健診の様子 |

教育歴（保育園・幼稚園、小・中学校、高等学校、特別支援学校など）

|  |  |
| --- | --- |
| 在学期間 | 園・学校名 |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |

受診歴・検査歴NO.

　医療機関等への受診結果（検査・手術などを含む）、投薬記録について記入しましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日（年齢） | 機関名（病院等）  主治医名 | 受診（検査等）結果・投薬記録 |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | 主治医名： |  |

療育・相談歴NO.

　受けた療育（言語・心理など）や相談（発達相談など）を記入しましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 療育・相談時期 | 療育・相談機関名 | 内　容・結　果 |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |
| 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | ＜担当者　　　　＞ |  |