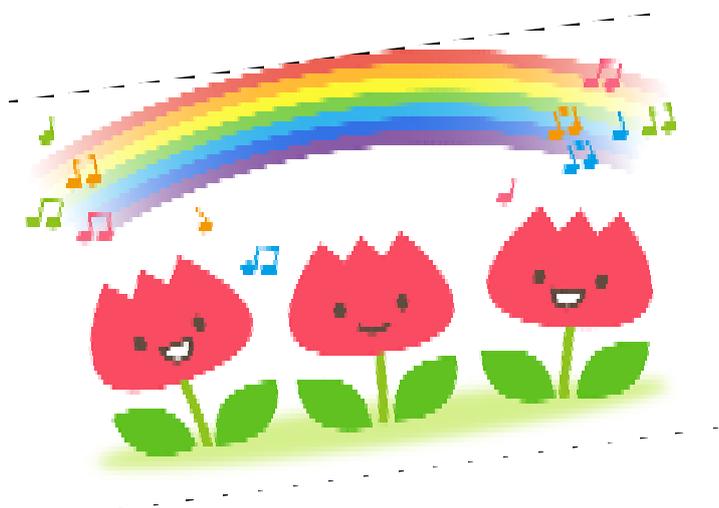


# フェイス ファイル

## 目 次

---

プロフィール	・・・	フー1
私の家族・親族	・・・	フー2
サポートマップ	・・・	フー3
生育歴	・・・	フー4
医療の記録	・・・	フー5
乳幼児検診等の様子	・・・	フー7
受診歴・検査歴	・・・	フー8
療育・相談歴	・・・	フー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	ふりがな 氏名	本人との関係			電話		
	2	ふりがな 氏名	本人との関係			電話		
	3	ふりがな 氏名	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。

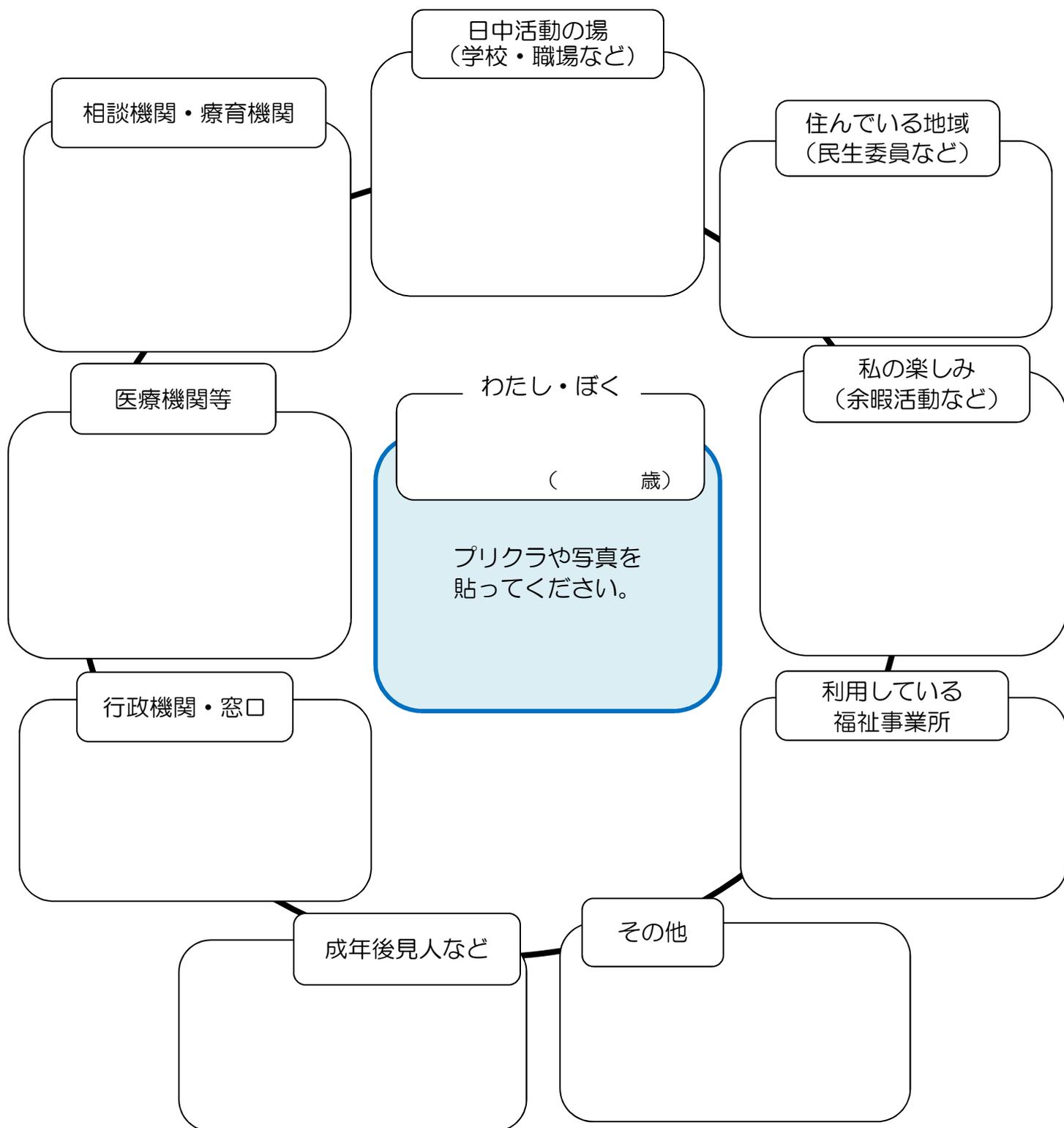
〈必ず目を通してほしい項目：優先順位〉

- ①
- ②
- ③



# サポートマップ

記入者【                      】 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。

# 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	<input type="radio"/> 妊娠中の異常なし <input type="radio"/> あり ・ 強いつわり ・ 切迫流産 ・ 切迫早産 ・ 貧血 <input type="radio"/> 妊娠高血圧症候群 ・ 前置胎盤 ・ 子宮内発育不全 <input type="radio"/> その他（                      ）
出産時の様子	<input type="radio"/> 在胎期間      週 <input type="radio"/> お母さんの年齢（      歳） <input type="radio"/> 出産場所（                      ） <input type="radio"/> 分娩所要時間      時間 <input type="radio"/> 分娩の経過 正常分娩・吸引分娩・帝王切開（理由：                      ） <input type="radio"/> 前早期破水 ・ 微弱陣痛 ・ 臍帯巻絡 ・ 促進剤使用 <input type="radio"/> その他（                      ） <input type="radio"/> 出生時の体重（      g） ・ 身長（      cm）
新生児期の様子	<input type="radio"/> 保育器に入りましたか はい（      日間）・いいえ <input type="radio"/> お子さんの状態 <input type="radio"/> 仮死状態      あり・なし <input type="radio"/> 黄疸      ぶつう・強い（光線療法・交換輸血・その他） <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 栄養状態 ・ 母乳・人工乳・混合 <input type="radio"/> よく飲んだ・ぶつう・あまり飲まなかった <input type="radio"/> 離乳食の開始（                      ）か月頃から <input type="radio"/> 摂取状況（                      ） <input type="radio"/> 普段の様子 <input type="radio"/> おとなしかった・ぶつう・泣いていることが多かった <input type="radio"/> 育児で気になったこと <input type="radio"/> （                      ）
運動面	<input type="radio"/> 首のすわり（      ）か月      ・ 寝返り（      ）か月 <input type="radio"/> お座り（      ）か月      ・ はいはい（      ）か月 <input type="radio"/> つかまり立ち（      ）か月      ・ 一人歩き（      ）か月
精神面	<input type="radio"/> あやして笑う（      ）か月      ・ 人見知り（      ）か月 <input type="radio"/> 動作のまねをする（      ）か月 <input type="radio"/> 指さし（      ）歳（      ）か月 <input type="radio"/> 単語の出始め（      ）歳（      ）か月 <input type="radio"/> 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 :                      ) ・関節がぬげやすい ( 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 受けた 場所：( ) 市 町 ・ 病院</li> <li>• 受けていない</li> </ul>	健診の様子
4か月児健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 受けた 場所：( ) 市 町 ・ 病院</li> <li>• 受けていない</li> </ul>	健診の様子
10か月児健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 受けた 場所：( ) 市 町 ・ 病院</li> <li>• 受けていない</li> </ul>	健診の様子
1歳6か月児健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 受けた 場所：( ) 市 町 ・ 病院</li> <li>• 受けていない</li> </ul>	健診の様子
3歳児健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 受けた 場所：( ) 市 町 ・ 病院</li> <li>• 受けていない</li> </ul>	健診の様子
5歳児発達相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 受けた 場所：( ) 市 町 ・ 病院</li> <li>• 受けていない</li> </ul>	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	



