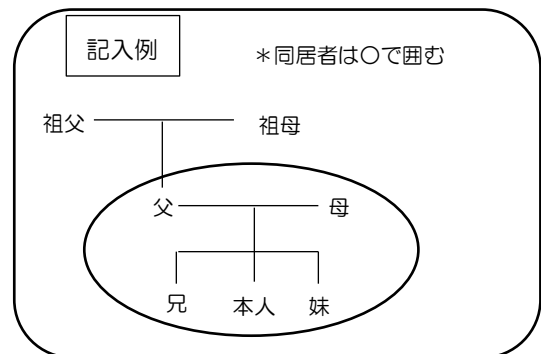


## プロフィール

ふりがな 氏名		生年月日 性 別	平成 年 月 日生 ( 男 ・ 女 )		
住所	〒 ー 長浜市				
連絡先	第1連絡先： 自宅 ・ 携帯 ( ) ・ 職場 ( ) 電話番号 ( ) ー				
	第2連絡先： 自宅 ・ 携帯 ( ) ・ 職場 ( ) 電話番号 ( ) ー				
家 族 の 状 況	氏名	続柄	生年月日	電話番号	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

家族関係図



## 生活の記録 (氏名 )

年齢	所属園名	組	担任(担当)	備考
0歳児				
1歳児				
2歳児				
3歳児				
4歳児				
5歳児				

年齢	所属学校名	組	担任(担当)	備考
小1				
小2				
小3				
小4				
小5				
小6				
中1				
中2				
中3				

### <高等学校・専門学校・短大・大学等>

年齢	所属学校名	学年・組・専攻等	担任(担当)	備考

### <勤務先・事業所・職業訓練校等(日中活動の場)>

就業または利用機関	年齢	勤務先または事業所名	職種または利用サービス名
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

# 生育歴

記入日 年 月 日 ( 歳 ヶ月時)

氏名: \_\_\_\_\_

①生育歴 (○印・記入)

出生期	第 子 妊 娠 週 出 生
分娩時の様子 (胎位)	頭位 骨盤位 その他
分娩状態	微弱陣痛 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開 その他 ( )
出生時の様子	身長_____cm 体重_____g 頭位_____cm 胸囲_____cm
出生直後の異常	( 有 ・ 無 ) 難産 吸引 手術 仮死 黄疸チアノーゼ 発熱 ひきつけ 保育器使用 ( - ・ + ) その他 ( )

②発達状況 (レ点・記入)

(運動発達)	首がすわる	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	気になったこと
	寝返り	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	お座り	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	はいはい	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	つたい歩き	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	小さな物をつまむ	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
	ひとり歩き	<input type="checkbox"/> 完了 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未	
(コミュニケーション・言語の発達)	あやすと笑う	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	気になったこと
	視線の合わせ方	<input type="checkbox"/> よく合う <input type="checkbox"/> 合うことも <input type="checkbox"/> 合いにくい	
	母の後追い	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	身振りの真似	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	人見知り	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	気になったこと
	喃語 (マンマ等)	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	簡単な声かけ が分かる	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	初めての言葉	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	2語文が出る	<input type="checkbox"/> 有 ( 歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> 無	
ことばの面で、特に <u>ことばの数が増えなかった</u> と思われた時期がありましたか？			
( なかった ・ あった ) 歳 ヶ月頃から 歳 ヶ月頃 まで			

病气やけが		今までにかかった大きな病气やけが ( 無 ・ 有 ) ( 病名: )
		ひきつけを起こしたことがありますか ( 無 ・ 有 : 歳 ヶ月 ) その時の様子 ( )
目 目 目	視力検査	なし ・ あり (受診場所: )
	視力	右: 左: 測定できず (今後の受診: ) (右: 内斜視 ・ 外斜視 ・ 近視 ・ 遠視 ・ 乱視 ・ 弱視 ) (左: 内斜視 ・ 外斜視 ・ 近視 ・ 遠視 ・ 乱視 ・ 弱視 ) 特記事項
	矯正	有 ・ 無 矯正視力 右: 左:
	その他	
耳 耳 耳	聴覚検査	なし ・ あり (受診場所: )
	聴力	異常なし ・ 難聴 (右: dB 左: dB) ・ 疑い 特記事項
	その他	
気になるエピソード (時期)		<input type="checkbox"/> 寝てばかりいた ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> あまり寝ない ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 落ち着きがない ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> よく動きまわる ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> こだわりがある ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 体調を崩しやすい ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 偏食がひどい ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> おとなしい ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが苦手 ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> かんしゃくがひどい ( 歳 ヶ月 ) <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60%; margin: 10px auto; height: 80px;"></div>

福祉・医療情報

(氏名 )

今までに利用した福祉・医療・行政機関名

(療育・訓練・リハビリテーション等も含む) 【 無 ・ 有 】

記入日	関係機関名・科・担当医	内容・目的	頻度	期間	備考
年 月 日	機関名： _____ 担当： _____		回/		
年 月 日	機関名： _____ 担当： _____		回/		
年 月 日	機関名： _____ 担当： _____		回/		
年 月 日	機関名： _____ 担当： _____		回/		
年 月 日	機関名： _____ 担当： _____		回/		
年 月 日	機関名： _____ 担当： _____		回/		

配慮・支援等を要する病状、診断など 【 無 ・ 有 】

診断名	機関名	特記事項
時期： 年 月		
時期： 年 月		

持っている手帳など 【 無 ・ 有 】

手帳の種類	等級など	交付年月日・変更年月日	備考
		.	
		.	



## 生活について

(氏名 ) 記入日 年 月 日 ( 歳 ヲ月時)

睡眠	起床時間	時 分～ 時 分
	就寝時間	時 分～ 時 分
	睡眠のリズム	できている ・ できていない
	昼寝	なし ・ あり ( 時 分から 時 分まで)
	その他	
排泄	回数	尿： 回 / 日 便： 回 / 日
	様子	<input type="checkbox"/> 自立 ( 尿 ・ 便 ) <input type="checkbox"/> 未 おむつ ( 昼 ・ 夜 ) ・ トレーニングパンツ ・ おまる
	その他	
着脱	着脱の様子	
食事	時間	朝： 時頃 昼： 時頃 夜： 時頃 おやつ： 時頃 1回の食事にかかる時間： 分くらい
	好き・嫌い	好きな食べ物 ( )
		苦手な食べ物 ( )
	アレルギー	なし ・ あり
	様子	全介助・手づかみ・スプーン・フォーク・矯正箸・箸
	その他	
入浴	時間	時頃
	その他	
歯みがき	回数	朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前
	<input type="checkbox"/> すすぎ	できない ・ できる
遊び	好きな遊び	
	苦手な遊び	
	その他	