


# 1. プロフィール

ふりがな			顔写真 
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	生 歳	
性 別	血液型		
身 長	cm	体重	kg
所属(学校)			
障がい名			
所有手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳( 級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 手帳無し		
住 所			
T E L	— —		
家 族 (続柄)	( )	( )	
	( )	( )	
	( )	( )	
	( )	( )	

## 2. 緊急時の連絡先

連絡順	名 前		続柄	
<b>1</b>	連絡先	自 宅		携 帯
		勤 務 先		
	住 所			
<b>2</b>	名 前		続柄	
	連絡先	自 宅		携 帯
		勤 務 先		
住 所				
<b>3</b>	名 前		続柄	
	連絡先	自 宅		携 帯
		勤 務 先		
住 所				

## 3. 所属の連絡先

所属名称		TEL	
担当者		関係	
住 所			

## 4. 生育歴・支援の経過

① 生育歴 (母子手帳を確認して記載してください。)			
出生病院			
在胎週数	週 日	出生体重	g
アプガースコア	点 (1分) /		点 (5分)
<small>出生時の仮死状況。母子手帳に記載があれば点数を転記してください。</small>			
出生時の疾患名			
② 発達の経過			
くびのすわり	歳 か月頃	寝返り	歳 か月頃
おすわり	歳 か月頃	ずり這い	歳 か月頃
はいはい	歳 か月頃	つかまり歩行	歳 か月頃
てつなぎ歩行	歳 か月頃	歩行	歳 か月頃
泣き声でない声を出す	歳 か月頃	意味のある言葉を話す	歳 か月頃
③ 既往歴 (今までにかかった主な病気)			
年 月	( 歳 か月)		
年 月	( 歳 か月)		
年 月	( 歳 か月)		
年 月	( 歳 か月)		
年 月	( 歳 か月)		
年 月	( 歳 か月)		
年 月	( 歳 か月)		

④ 居住地 (転居等により居住地が変わった場合、記載してください。)			
居住期間		住 所	
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
年	月 ( 歳 か月 ) ~		
⑤ 手帳の取得			
手帳の種類	取得年月日	級等	判定機関
療 育 手 帳		A・B	
身体障害者手帳		種 級 <small>障がいの種別</small>	
精神保健福祉手帳		級	





⑦ 主な支援の経過 (保育所、学校、障害福祉サービスの利用など)

支援を受けた期間	機関名称
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	
年 月 ( 歳 か月) ~ 年 月 ( 歳 か月)	

## 5. 健康情報

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬、アレルギーの有無を記載してください。

病 院 名			
主治医氏名		TEL	
主治医からの 注意事項	..... ..... ..... .....		
服用中の薬	..... ..... ..... .....		
アレルギー	有・無 ○をつけてください。	〔アレルギーの内容〕	
〔特記事項〕			



## 6. 診断名と行動の特徴

診断名

### 行動の特徴

感覚の過敏さ、こだわり、興味、不注意、コミュニケーションの特徴など

- (例)
- ・周囲の音に敏感で、学習など集中して取り組むことに困難があります。
  - ・寝る時間が一定しないなど、睡眠の障がいがあります。
  - ・お菓子はチョコレートしか食べない、などの偏食があります。

## 7. 現在の関係機関

現在関わっている機関について記載してください。（例）学校、保育所、児童デイサービス、医療機関など

機関名:  
-----  
担当者:  
-----  
連絡先:  
-----  
支援概要:

機関名:  
-----  
担当者:  
-----  
連絡先:  
-----  
支援概要:

機関名:  
-----  
担当者:  
-----  
連絡先:  
-----  
支援概要:

機関名:  
-----  
担当者:  
-----  
連絡先:  
-----  
支援概要:

機関名:  
-----  
担当者:  
-----  
連絡先:  
-----  
支援概要:

機関名:  
-----  
担当者:  
-----  
連絡先:  
-----  
支援概要: