

第1章 プロフィール

【愛称】

★プロフィール

ふりがな			男 ・ 女
氏 名			
生年月日	年 月 日	血液型	
住 所	可児市		

【家族】（本人除く）

氏 名	続 柄	生年月日	同居・別居	備考
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	
		・ ・	同 ・ 別	

★アレルギー

アレルギーが ない ある （ 食物 薬 その他 ）



症状や対処法について、次のページに詳しく記入しておきましょう

★食物アレルギー

(必要な方は、お使いください)

年 月 記入	どんな食べ物？〈例：卵（生はダメ）など〉	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	どんな食べ物？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	どんな食べ物？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	どんな食べ物？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	どんな食べ物？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	

※ 症状がなくなった・服薬しなくなった時には、——線を引いて、消しておきましょう

★薬アレルギー

(必要な方は、お使いください)

年 月 記入	どんな薬？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
年 月 記入	どんな薬？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
年 月 記入	どんな薬？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
年 月 記入	どんな薬？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
年 月 記入	どんな薬？	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	

※ 症状がなくなった時には、——線を引いて、消しておきましょう



★その他のアレルギー

(必要な方は、お使いください)

年 月 記入	原因（病名があれば記入）	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	原因（病名があれば記入）	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	原因（病名があれば記入）	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	原因（病名があれば記入）	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	
年 月 記入	原因（病名があれば記入）	病院受診 有 ・ 無 医療機関名 TEL
	どんな症状？	
	対処方法	

※ 症状がなくなった・服薬しなくなった時には、——線を引いて、消しておきましょう

(必要な方は、お使いください)

★特に気を付けてもらいたい症状(ひきつけ、心臓病、てんかん等)

病名 (年 月現在)	症状		薬	
	対応			
	医療 機関名	TEL	主治医	
病名 (年 月現在)	症状		薬	
	対応			
	医療 機関名	TEL	主治医	
病名 (年 月現在)	症状		薬	
	対応			
	医療 機関名	TEL	主治医	
病名 (年 月現在)	症状		薬	
	対応			
	医療 機関名	TEL	主治医	

※ 症状がなくなった・服薬しなくなった時には、——線を引いて、消しておきましょう

★所属歴

◆幼稚園、保育園、小学校、中学校等を記載しましょう

施設名（所属名）	担任名	所属期間	
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
		年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳



◆利用した福祉サービス（児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、日中一時支援など）を記載しましょう

施設名（所属名）	所属期間	
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳
TEL	年 月 ～ 年 月	歳 ～ 歳



★相談の記録

[illegible]

★訓練の記録

[illegible]

★検査の記録

検査名		実施日	年 月 (歳 か月)
実施場所			
結果			

検査名		実施日	年 月 (歳 か月)
実施場所			
結果			

検査名		実施日	年 月 (歳 か月)
実施場所			
結果			

検査名		実施日	年 月 (歳 か月)
実施場所			
結果			

★持っている手帳など

◆療育手帳・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳などを記入しましょう
変更の場合もご記入ください

[illegible]

第2章 生育歴・発育の経過

★出生時の記録

◆母子健康手帳を参考にして記載しましょう

出産時	【妊娠週数】	週
【体重】	g	【身長】 cm
【頭囲】	cm	【胸囲】 cm
【A P 指数】	点	【黄疸】 無 ・ 有（光線療法 無 ・ 有）

★発達の記録

運動発達		言葉・対人関係の発達	
首のすわり	歳 か月	あやすと笑う	歳 か月
追視をする	歳 か月	人見知りをする	歳 か月
寝返り	歳 か月	いないいないばあを喜ぶ	歳 か月
支えなくお座りする	歳 か月	後追いをする	歳 か月
食物を掴んで自分で口に入れる	歳 か月	意味のある言葉を言う （「パパ」「ママ」など）	歳 か月
はいはい	歳 か月	バイバイをする	歳 か月
小さなものをつまむ	歳 か月	簡単な手伝いをする	歳 か月
つかまり立ち	歳 か月	かくれんぼ、おいかけっこをして遊ぶ	歳 か月
つたい歩き	歳 か月	二語文を言う （「ワンワンきた」「マンマ食べる」など）	歳 か月
なぐり描きをする	歳 か月	見立て遊びをする （積木を電車に見立てる）	歳 か月
一人歩き	歳 か月	名前を呼ぶと返事をする	歳 か月
走る	歳 か月	三語文を言う （「パパあっち行った」など）	歳 か月
2個の積み木を積む	歳 か月	ごっこ遊びをする	歳 か月
手を使わずに階段を一人で登る	歳 か月	自分の名前や年齢を言う	歳 か月
両足のジャンプをする	歳 か月	大きい・小さいがわかる	歳 か月
丸（円）を書く	歳 か月	長い・短いがわかる	歳 か月
はさみを使う（1 cm幅の紙を切る）	歳 か月	色がわかる（赤・青・黄など）	歳 か月

★日常生活の記録

【2歳頃の記録】 * 2歳頃に記載しましょう (歳 か月)

記入日 年 月 日

◆はい、いいえのいずれかに○をつけましょう

また、家庭で工夫していることがあれば、書いておきましょう

チェック項目		はい	いいえ	家庭で 工夫していること
食事	食べ物以外は口にいけない			
	手づかみなら食べる			
	スプーンで食べる			
	ストローで飲む			
	極端な偏食をしないで食べる			
排泄	排尿後に動作や言葉で知らせる			
	便意を動作や言葉で知らせる			
	トイレのしつけを開始している			
着脱	体を動かし衣服の着脱に協力する			
	靴をぬぐ			
	靴をはく			
歯磨き	歯磨きの練習をしている			
	保護者が仕上げ歯磨きをする			
ことば	言葉を用いて要求する (単語も可「ジュース!」など)			
	二語文を話す (例:「マンマ、食べる。」など)			
社会性	お母さんと一緒に集団活動に参加する			
	同年齢の子どもとおもちゃで遊ぶ			
睡眠	寝る時間 _____ 時くらい 起きる時間 _____ 時くらい 昼寝 _____ 時間 ※夜泣きなど睡眠で気になることがあれば、お書きください			
☆その他、お子さんの様子についてお書きください (特定の音を嫌う・こだわりが強いなど)				

【3歳頃の記録】 ＊3歳頃に記載しましょう（ 歳 か月）

記入日 年 月 日

◆はい、いいえのいずれかに○をつけましょう

また、家庭で工夫していることがあれば、書いておきましょう

チェック項目		はい	いいえ	家庭で 工夫していること
食事	食べ物以外は口にいけない			
	手づかみなら食べる			
	スプーンで食べる			
	ストローで飲む			
	極端な偏食をしないで食べる			
排泄	排尿後に動作や言葉で知らせる			
	便意を動作や言葉で知らせる			
	排尿前に動作や言葉で知らせる			
	排泄が自立している	排尿	排尿	
		排便	排便	
着脱	体を動かし衣服の着脱に協力する			
	靴をぬぐ			
	靴をはく			
	衣服の着脱をしたがる			
歯磨き	歯磨きの練習をしている			
	保護者が仕上げ歯磨きをする			
ことば	三語文を話す (例:「パパ あっち 行った。」)			
	1度に二つのことを頼んだらできる			
社会性	子ども同士でおいかけっこをする			
睡眠	寝る時間 _____ 時くらい 起きる時間 _____ 時くらい 昼寝 _____ 時間 ※睡眠で気になることがあれば、お書きください			
☆その他、お子さんの様子についてお書きください（特定の音を嫌う・こだわりが強いなど）				