**様式１　基本情報**

**（１）　氏名・生年月日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **ふりがな** |  |
| **氏　　名** | （性別：男・女） | **保護者氏名** | （続柄：　　） |
| **生年月日** |  | **血液型** | 型 |

**（２）住所・連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **住　　所** | 〒 | |
| （転居等した場合①）  〒 | |
| （転居等した場合②）  〒 | |
| **連絡先** | 自宅 | 携帯 |
| **メール** |  |  |

**（３）家族構成**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **続　柄** | **氏　　名** | **生年月日** | **備考（勤務先、学校名など）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**様式２　成長・発達の記録**

**（１）妊娠・出産時について**＊該当するところに〇をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **妊娠中** | * **妊娠中の健康状態**   良好　・　切迫早産　・　高血圧症症候群　・　貧血　・他（　　　　　　　　　　　） | | |
| * **気になったことや、医師等からの助言** | | |
| **出産時** | 在胎　　　週　　　日 | 分娩時間　　　時間　　　分 | 出生時体重　　　　g |
| * **分娩時の状況**   普通　・　吸引　・　帝王切開　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| * **出産時の状況**   特記なし　・　仮　死　・チアノーゼ　・　臍帯巻絡  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| * **出産後の状況**   特記なし　・　黄　疸　・　保育器使用　・　人工呼吸器使用　・　酸素使用  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

**（２）発達・発育について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **首がすわる** | 歳　　　か月 | **寝返りをする** | 歳　　　か月 |
| **一人で座る** | 歳　　　か月 | **よく声を出す（喃語）** | 歳　　　か月 |
| **人見知りをする** | 歳　　　か月 | **ハイハイをする** | 歳　　　か月 |
| **後追いをする** | 歳　　　か月 | **つたい歩きをする** | 歳　　　か月 |
| **身振りをまねする**  **（バイバイ‥）** | 歳　　　か月 | **簡単な言葉がわかる**  **（おいで、ちょうだい・・）** | 歳　　　か月 |
| **指さしをする** | 歳　　　か月 | **ひとり歩きをする** | 歳　　　か月 |
| **意味のある言葉を話す**  **（ママ、ブブー・・）** | 歳　　　か月 | **2語文を話す**  **（ワンワンキタ、・・）** | 歳　　　か月 |

**（３）乳児期の栄養状況について**＊該当するところに〇をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **栄　養** | 母 乳　・　ミルク　・　混 合 | **哺乳状況** | 弱　い　・　普　通　・　強　い |
| **離乳食** | 歳　　か月　～　　歳　　か月 | **卒乳** | 歳　　か月頃 |

**様式３　相談の記録**

**（１）健診について（医師・保健師等から受けた指摘・指導等があれば、ご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **1か月児健診** |  |
| **4か月児健診** |  |
| **10カ月児健診** |  |
| **1歳6か月児健診** |  |
| **3歳児健診** |  |
| **5歳児相談** |  |
| **就学時健診** |  |
| **その他の健診**  **（　　　　　　　　　）** |  |

**（２）その他の相談について（病院などの専門機関に相談したことがあれば、ご記入ください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **相談・支援機関等** | **実施年月日** | **相談した内容、助言内容などをご記入ください** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**様式４　所属・利用機関の記録**

**（１）園や学校について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施設名** | **利用期間** | **出来事や思い出など、自由に記入してください** |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |

**（２）福祉サービスについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業所・サービス名** | **利用期間** | **連絡、頻度など自由に記入してください** |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |
| 事業所：  サービス： | ～ |  |

**（３）その他について（習い事など）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施設名・内容** | **利用期間** | **連絡、頻度など自由に記入してください** |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |
| 施設名：  内容等： | ～ |  |

**様式５**　**医療の記録**

**（１）大きなケガや病気について（発達に関する診断も含む）**＊該当するところに〇をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** | **年月日** | **診断・内容** | **経　過** |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |
|  |  |  | 治癒・治療中・観察中 |

**（２）薬について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薬　剤** | **服薬期間** | **備　考** |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |
| 薬剤名：  目　的： | ～ |  |

**様式６　福祉・医療制度の記録**

**（１）手帳について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手帳の種類** | **内　容** | **取得日** | **備考** |
| 身体障害者手帳 |  |  |  |
| 療育手帳 |  |  |  |
| 精神障害者保健福祉手帳 |  |  |  |
| 通所支援受給者証 |  |  |  |
| 障害者福祉サービス受給者証 |  |  |  |
|  |  |  |  |

**（２）医療助成について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療助成** | **内　容** | **取得日** | **備考** |
| 重度心身障害者医療費受給者証 |  |  |  |
| 自立支援医療受給者証 |  |  |  |
| 小児慢性特定疾患医療受給券 |  |  |  |
| ひとり親家庭等医療費受給者証 |  |  |  |
|  |  |  |  |

**（３）手当・年金について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **手当・年金** | **支給開始年月日** | **覚え書き** |
| 特別児童扶養手当 |  |  |
| 障害児福祉手当 |  |  |
| 障害基礎年金 |  |  |
|  |  |  |

**（４）補装具等作成状況について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **内　容** | **作成年月日** | **業　者　等（連絡先）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**様式7　自由記載欄**

|  |
| --- |
| **これから関わる人に知ってもらいたいことなどがあれば、ご活用ください** |

**付録：引継ぎシート**

* 入園・入学・進級・進学などの環境が変わるタイミングで、お子さんにかかわる支援者に、知っておいて欲しいことを記入しましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **記入日** | **記入者** | **普段の愛称** |

|  |
| --- |
| **1：好きなこと** |
| **2：得意なこと** |
| **3：苦手なこと** |
| **4：健康面** |
| **5：配慮してほしいこと** |
| **6：日常生活**  **（1）食事について**  ①食形態（ 哺乳 ・ 離乳初期 ・ 離乳中期 ・ 離乳後期・ 離乳完了期・ 普通食 ）  ②食べ方（ 全介助 ・ 手づかみ ・ スプーンやフォーク ・ はし ）  ③食事中（ 早食い ・ 遅い ・ かまない ・ あまり食べない ・食べすぎる ・ その他（　　　　　　　））  **（2）排泄について**  ①排　尿（ オムツ ・ 時間で連れていく ・ 尿意を教える ・ 自分でできる ）  ②排　便（ オムツ ・ 時間で連れていく ・ 便意を教える ・ 自分でできる ）  **（3）更衣について**  ①着　る（ 全介助 ・ 一部自分でできる ・ おおむねできる ・ 一人でできる ）  ②脱　ぐ（ 全介助 ・ 一部自分でできる ・ おおむねできる ・ 一人でできる ）  **（4）睡眠リズムについて**  ①睡眠時間（起床　　　　　、午睡　　　　　、就寝　　　　　（平均睡眠時間　　　時間））  ②睡眠時の様子（よく寝ている　・　途中で起きると寝ない　・　夜泣きがある　・　寝つきが悪い・  寝起きが悪い） |
| **7：アレルギー**   1. 食べ物　あり・なし   原因：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  症状：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. その他　あり・なし   　　　　　原因：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　症状：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **8：その他** |