同じ様式を別途印刷して利用する場合、１－（２）、１－（３）等、（　）内にページを書き入れてください。

1 -（　）

１．プロフィール

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 顔写真 |
| 氏名 | 02_人物影（女） |
| 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 | □療育手帳（A・B）　　　　□身体障害者手帳（　級） | □精神保健福祉手帳（　級）□手帳無し |
| 住所 |  |
| TEL | ―　　　　　　　― |
| 家族（続柄） | （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） |

２．緊急時の連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡順 | 名前 |  |  続柄 |  |
| １ | 連絡先 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| 勤務先 |  |
| 住所 |  |
| ２ | 名前 |  | 続柄 |  |
| 連絡先 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| 勤務先 |  |
| 住所 |  |
| ３ | 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 |  |

2 -（　）

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）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。 |
| 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) |  |

3 -（　）

|  |
| --- |
| **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）～　 |  |
| **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 | 障がいの種別 | 種 　級  |  |
|  |
| 精神保健福祉手帳 |  | 級  |  |

4 -（　）

|  |
| --- |
| **⑥ 相談と治療の経過**（お子さんの様子で気になることがあった時のことから記入） |
| (例)R2.3.31 | （例）発達障がい者支援センターに相談に行き、医師の診察を受ける。診断名は「・・ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 5**₋**（　） |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

5**₋**（　）

|  |
| --- |
| **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）　 |  |

6**₋**（　）

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〕 |

7 -（　）

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。 |
|  |

8 -（　）

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： |

|  |
| --- |
| 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： |

9 -（　）