



記入日 年 月 日 記入者

●わたしの情報

ふりがな		家庭での 呼 び 名	
氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生
住 所	電話番号 自宅 携帯		

●家族の情報

家 族 構 成	続柄	氏名	生年月日	所属（職業・学校等）	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

●緊急連絡先

連絡順位 1	連絡先方	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
	連絡先	自宅・その他（ ）
	電話番号	： — —
	携帯電話	： — —
	メール	
連絡順位 2	連絡先方	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
	連絡先	自宅・その他（ ）
	電話番号	： — —
	携帯電話	： — —
	メール	

●基礎疾患・アレルギーなど

禁忌薬 ^{キンキヤク} （飲んではいけない薬）	なし ・ あり（薬名）
食物アレルギー	なし ・ あり（名前）
環境アレルギー	なし ・ あり（種類）
てんかん	なし ・ あり（タイプ）
慢性的な病気	なし ・ あり（病名）
常用薬（いつも飲んでいる薬）	なし ・ あり（薬名）

●診断名

診断名	診断機関名	担当医	診断時期
		科	年 月
		科	年 月

●手帳等の記録(新規・更新のときに記入してください。)

療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2	番号
	交付 年 月 日	次回判定年月 年 月
療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2	番号
	再交付 年 月 日	次回判定年月 年 月

身体障害者手帳	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ 内部	番号
	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級	
	交付 年 月 日	再認定年月 年 月
身体障害者手帳	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ 内部	番号
	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級	
	再交付 年 月 日	再認定年月 年 月

精神障害者 保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級	番号
	交付 年 月 日	有効期限 年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級	番号
	交付 年 月 日	有効期限 年 月 日

●利用している福祉サービスなど

医療 助の 成給 付 ・	☐ 自立支援医療 [☐ 育成医療 ☐ 精神通院医療 ☐] ☐ 特定疾患医療 疾患名 ☐ 小児慢性特定疾患医療 疾患名 ☐ 障害者医療費助成 ☐ 対象 ☐ 対象外 ☐ その他
通所 障害 給児 付	☐ 児童発達支援 (事業所名) ☐ 放課後等デイサービス (事業所名) ☐ 保育所等訪問支援 (事業所名)
自 給立 付支 援	☐ 介護給付 [☐ 居宅介護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所] ☐ その他 () ☐ 補装具 種類等 ()

所属・相談歴

●乳幼児期に通っているところ (幼稚園、保育園、児童発達支援センターなど)

園（施設）名	所属期間	備考
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	
[電話]	年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	

●相談・検査・指導訓練の記録

相談・検査等の時期	相談・検査・指導訓練機関名	内容等
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月		記録、資料等添付 ☐ 有 ☐ 無

●人とかかわり・好きなこと・苦手なことなど

長所	わたしのいいところ	
人とかかわり	好きなタイプの人	
	苦手なタイプの人	
	知らない人（極端にこわがる、知らない人にも平気で近づいていくなど）	
好きなもの・こと・ところ	楽しくてウキウキするもの・こと（好きなあそび、おもちゃ、番組など）	
	落ち着くもの・すごしかたなど	
	好きなところ	
苦手なもの・こと・ところ	苦手なもの・こと（あそび、遊具、音、においなど）	
		様子
	苦手なもの・ことへの対応方法	
	苦手なところ（こわがる場所や落ち着かない場所など）	
		様子
	苦手なところでの対応方法	

わたしが安心できるかかわりかた

かかわる人が特に注意していること