

①基本シート

ふりがな	ちょうふ あゆみ	性別	女
氏名	調布 あゆみ		

住所	〒 182-0022 調布市染地※※※※
	〒 (平成 20 年 4 月転居) 〒182-0024 調布市布田☆☆
	〒

電話番号	(自宅) 042-486-※※※※ (携帯等) <del>090-1234-※※※※(母)</del> 080-1234-※※※※(母)
緊急連絡先	連絡先: 03-0000-※※※※ (父方祖母) E-Mail 等: ayumi@※※.ne.jp (母の携帯)

家族構成 (同居家族全員・本人も含む)			
続柄	氏名	生年月日	備考 ※お子さんの支援に必要な情報
父	調布 太郎	S44. 4. 4	持病あり
母	花子	S45. 4. 5	〇〇株式会社勤務(フルタイム)
兄	新太郎	H10. 1. 10	
本人	あゆみ	H12. 12. 12	

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

## ②保健シート

出産(分娩)時の状況	在胎週数 36 週 4 日 体重 3000 グラム 身長 49.5 センチ 児の状態 [ 単・多 ] 多の場合→( ) 胎 仮死 [ あり・なし ]			
早期新生時期の状況	保育器 [ 1 日 ] 酸素 [ あり・なし ] 黄疸 [ 普通・強 ] 光線治療 [ あり・なし ] 新生児聴力検査 [ ] 〔その他〕			
予防接種実施状況	BCG	13 年 3 月 3 日	日本脳炎 I 期初回 1	年 月 日
	ポリオ	13 年 6 月 6 日	2	年 月 日
	麻疹	年 月 日	日本脳炎 I 期追加	年 月 日
	(みずぼうそう)	14 年 2 月 2 日	麻疹風疹混合ワクチン	14 年 3 月 3 日
	(ヒブ)	15 年 7 月 1 日	三種混合 I 期 1 回目	13 年 3 月 30 日
	( )	年 月 日	2 回目	13 年 5 月 30 日
	( )	年 月 日	3 回目	13 年 6 月 30 日
	( )	年 月 日	三種混合追加	14 年 5 月 5 日
運動発達の経過	首すわり ( 3 ヶ月 )	寝返り ( 6 ヶ月 )		
	お座り ( 9 ヶ月 )	はいはい ( 9 ヶ月 )		
	つかまり立ち ( 13 ヶ月 )	つたい歩き ( 13 ヶ月 )		
	ひとり歩き ( 14 ヶ月 )			
言語・コミュニケーション	喃語(「ばあばあ」「まあまあ」等言葉にならない発声) ( 7 ヶ月 ) 有意語(意味のある言葉) ( 1 歳 10 ヶ月 ) 人見知り [ あり・なし ] 後追い [ あり・なし ]			

お子さんの成長発達で気になった点

( 1 歳 6 ヶ月頃) 名前を呼んでも振り向かなかった。動きが多く、他の子に比べて  
落ち着きがなかった。

備考

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

## ③医療シート 1

医療機関	時期	医療機関名・科・主治医	備考（診断等）
	H13.12	▼▼皮膚科病院	アトピー性皮膚炎
	H14.8～	△△病院 小児科	気管支喘息
	H14. 9	△△病院 小児科	卵・ハウスダストアレルギー
	H15. 12	□□病院 耳鼻科	聴力検査実施→異常なし
	H16. 12. 12	○○病院 児童精神科 ☆先生	

入院歴	入院時期	かかった病気等	備考
	H13.8.15～20	熱性けいれん	
	H14.2～3	肺炎	

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

## ③医療シート 2

服薬の記録	薬名	時期	量	備考
	オノン	H14.8～	0.9g.(朝・夕)	
	パルミコート吸入液	H14.8～	0.5mg	
	エクセグラン	H.17.4～	0.4g	

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

## ④経過シート 1

		期間	療育機関・保育園・教育機関など
		支援の経過	保育・療育
平成〇年4月～ 平成〇年4月～	☆☆保育園 雲組 □□学童クラブ		
教育	平成〇年4月～		△△小学校入学
	平成〇年4月～		□□中学校入学
	就労		

備考
----

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

## ④経過シート 2

	サービス名	登録年月日	利用頻度	備考
利用しているサービス	すこやか保育	H15.3.3	年に1~2回程度	
	ファミリーサポート	H16.4.11	2ヶ月に1回程度	
	教育相談所来所相談	H19.2	月2回	

備考
----

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

## ⑤福祉シート 1

\*このシートは必要な方がご利用ください

診断	診断名	脳性まひ
	医療機関名	□□病院
	年月日	平成 15 年 12 月 12 日

手帳	身体障害者手帳	
	1 種 2 級 (障害名: 脳性麻痺による体幹機能障害)	交付 16 年 8 月 12 日
	種 級 (障害名: )	交付 年 月 日
手帳	愛の手帳	
	3 度	交付 16 年 10 月 12 日
手帳	精神障害者保健福祉手帳	
	級	交付 年 月 日
	級	交付 年 月 日

手当	該当するものに○をつけてください。	
	• 心身障害者福祉手当	• 東京都重度心身障害者手当
	• 障害児福祉手当	• 特別児童扶養手当
	• 特別障害者手当	• 児童育成手当
	• 特殊疾病患者福祉手当	

備考
----

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。

⑤福祉シート 2

\*このシートは必要な方がご利用ください。

補装具・日常生活用具	交付・修理 年月日	業者	連絡先
靴型装具	H17. 12. 25	○△装具	03-○○○○- ○○○○
車椅子	H18. 8. 1	■ ■ ■	03-△△△△- △△△△

補装具・日常生活用具

備考

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。  
※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。



## ⑥自由記入シート

\*お子さんについて、記録しておきたいことを自由にご記入ください。

### あゆみちゃんの好きなもの・こと

- ・園庭やプレイルームで走ったり、跳んだりしていっぱい身体を動かすこと。
- ・メロディーの出る玩具(キーボード等)で遊ぶこと。
- ・ラーメン・やきそば・うどんなど麺類が大好き。

### あゆみちゃんの苦手なもの・こと

- ・急に大きな声で話しかけられること。
- ・拍手の音。
- ・一度にいろいろなことを言われると混乱してしまう。

※保護者の方へ：すべての欄に記入する必要はありません。必要がない項目は空欄のままにしてください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認し、必要に応じ加筆・訂正をお願いいたします。スタッフが記入した場合は、備考欄に機関名と記入者の氏名をご記入ください。