

①基本シート

ふりがな 氏名		性別	
住所	〒		
	〒		
	〒		

電話番号	(自宅)
	(携帯等)
緊急連絡先	連絡先： E-Mail等：

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

※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 体重 児の状態 仮死	週 日 グラム [単・多] [あり・なし]	身長 多の場合→（ ）胎	センチ
早期新生時 期の状況	保育器 黄疸 新生児聴力検査 その他	[日] [普通・強] [] []	酸素 光線治療	[あり・なし] [あり・なし]
予防接種 実施状況	BCG ポリオ 麻疹 () () () () ()	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	日本脳炎Ⅰ期初回1 2 日本脳炎Ⅰ期追加 麻疹風疹混合ワクチン 三種混合Ⅰ期 1回目 2回目 3回目 三種混合追加	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
運動発達の 経過	首すわり お座り つかまり立ち ひとり歩き	(月) (月) (月) (月)	寝返り はいはい つたい歩き	(月) (月) (月)
言語・ コミュニケーション	喃語 有意語 人見知り	(月) (月) [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
(歳 月頃)

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）

入 院 歴	入院時期	かかった病気等	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 2

服薬の記録	薬名	時期	量	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 1

支援の経過		期間	療育機関・保育園・教育機関など
	保育・療育		
	教育		
	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

利用しているサービス	サービス名	登録年月日	利用頻度	備考

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

診 断	診断名
	医療機関名
	年月日 平成 年 月 日

手 帳	身体障害者手帳
	種 級 (障害名:) 交付 年 月 日
	種 級 (障害名:) 交付 年 月 日
	愛の手帳
	度 交付 年 月 日
	度 交付 年 月 日
手 当	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。
	<ul style="list-style-type: none"> • 心身障害者福祉手当 • 障害児福祉手当 • 特別障害者手当 • 特殊疾病患者福祉手当
	<ul style="list-style-type: none"> • 東京都重度心身障害者手当 • 特別児童扶養手当 • 児童育成手当

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

補装具・日常生活用具	補装具・ 日常生活用具名	交付・修理 年月日	業者	連絡先

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

※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。