**わたしの基本情報**

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏名** |  | **愛称** |  |
| **生年月日** |  | **血液型** | A　・　B　・　O　・　AB  [　　　　　　] |
| **住所** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |

**家族構成**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **続柄** | **職業・勤務先・学校名など** | **同別居** | **健康状態** |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
| その他　　※　家族・親戚などで本人と関わりのある場合など記入 | | | | |

**手帳の取得状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **療育手帳** | 等級 | Ａ　　　　・　　　　Ｂ |
| 取得年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| **精神障害者**  **保健福祉手帳** | 等級 | 1　　　・　　　2　　　・　　　3　　　級 |
| 取得年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| **身体障害者手帳** | 視覚　　・　　聴覚　　・　　言語　　・　　そしゃく  肢体　　・　　内部　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 等級 | 1　・　2　・　3　・　4　・　5　・　6　　　級 |
| 取得年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

**利用している福祉サービス**

|  |  |
| --- | --- |
| **利用している福祉制度やサービス** | **担当者名** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**緊急連絡先**

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **順位** | **氏名** | **続柄** | **連絡先** |
|  |  |  | 自宅　・　携帯　・　勤務先など（　　　　　　　　）  電話番号（　　　　）　　　－ |
|  |  |  | 自宅　・　携帯　・　勤務先など（　　　　　　　　）  電話番号（　　　　）　　　－ |
|  |  |  | 自宅　・　携帯　・　勤務先など（　　　　　　　　）  電話番号（　　　　）　　　－ |

**かかりつけの病院**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |

**その他の関係機関　小学校**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **備　考** |  | | |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |

**中学校**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **備　考** |  | | |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |

**高校**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **備　考** |  | | |

**その他**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **備　考** |  | | |

**今までにかかった病気の記録**

※　今までにかかった病気（ぜんそく、てんかん、アトピー性皮膚炎、はしかなど）を記録しましょう

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病気の種類** | **現在の症状の有無** | **症状が出た時期** |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |

**持病・投薬など**

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | |  |
| **症状** | |  |
| **対処法** | |  |
| **投薬** | **薬の種類** |  |
| **投薬時間** |  |
| **医療機関名** | | ☎（　　　　　）　　－ |

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | |  |
| **症状** | |  |
| **対処法** | |  |
| **投薬** | **薬の種類** |  |
| **投薬時間** |  |
| **医療機関名** | | ☎（　　　　　）　　－ |

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | |  |
| **症状** | |  |
| **対処法** | |  |
| **投薬** | **薬の種類** |  |
| **投薬時間** |  |
| **医療機関名** | | ☎（　　　　　）　　－ |

**受診と検査の記録**

※　病院を受診したり検査を受けた時に記録しましょう

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受診日と年齢** | **受診（検査）結果** | **担当者** |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |

**療育や訓練の記録**

* 受けた療育や訓練（言語・心理・作業療法など）を記録しましょう

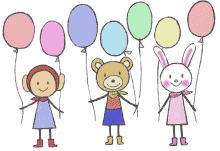
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **療育や相談を受けた期間** | **療育機関名** | **内容** |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |

**相談の記録**

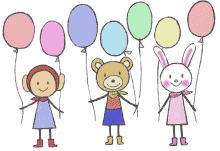
※　受けた相談（発達相談など）を記録しましょう

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |



**成長の記録**

「○○ができるようになった」「こんな姿が見られてうれしかった」など、成長を感じたことやうれしかったこと、楽しかったことなど、記録に残しておきたいことを記入しましょう。

　　　年　　　月　　　日

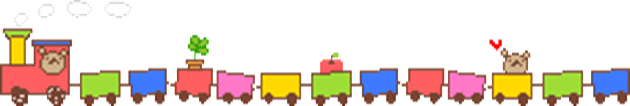
　　　年　　　月　　　日

　　　年　　　月　　　日

　　　年　　　月　　　日



　　　年　　　月　　　日



　　　年　　　月　　　日

　　　年　　　月　　　日

　　　年　　　月　　　日

**対応の記録**

**どのような場面でどのような対応をしたか、また、その結果を記録しましょう。**

**どのような時にどのような支援があるとよいか、予防や対応の手がかりを整理して考えるときに役に立ちます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **場面** | **対応** | **結果** |
| 記入例  2025年  4月26日 | 学校の健診を怖がって学校を休みたいと泣く。  もともと病院で使う診察器具が嫌いで、病院へ行くときもひどく不安がる。 | どのような器具を使って何をするのかをプリントを使って説明した。プリントは本人に持たせて学校でも見られるようにした。また、舌圧子が特に苦手であることを学校に伝えて配慮をお願いした。 | 耳鼻科、内科、歯科は泣かずに受けることができた。  プリントを用意していなかった心電図は泣いて逃げてしまった。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **場面** | **対応** | **結果** |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
|  | **場面** | **対応** | **結果** |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |
| 年  　　月　　　日 |  |  |  |

