**【本人】**　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日

プロフィール

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | |
| 氏　　名 |  | | 性　別 | 男　・　女 | 血液型 |  |
| 住所　１ | 〒 | | | | | |
| 住所　２ | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（変更日　　　　　　　　　） | | | | | |
| 電話番号 | 自　宅 |  | 携　帯 |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

**【家族構成】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 生年月日 | 続柄 | 同居 | 職　業・学　校 | 備　考  （勤務先・学校名など） |
|  |  |  | 同・別 | 自営・勤め・学生・なし・  その他（　　　　　　） |  |
|  |
|  |  |  | 同・別 | 自営・勤め・学生・なし・  その他（　　　　　　） |  |
|  |
|  |  |  | 同・別 | 自営・勤め・学生・なし・  その他（　　　　　　） |  |
|  |
|  |  |  | 同・別 | 自営・勤め・学生・なし・  その他（　　　　　　） |  |
|  |
|  |  |  | 同・別 | 自営・勤め・学生・なし・  その他（　　　　　　） |  |
|  |

**【緊急連絡先】**

シート①－１（プロフィール）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏　名 |  |
| 携帯番号 |  | | |
| 勤務先電話番号 | （会社名　　　　　　　　　　　） | | |
| ２ | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏　名 |  |
| 携帯番号 |  | | |
| 勤務先電話番号 | （会社名　　　　　　　　　　　） | | |

**【妊娠期の様子】**　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日

本人の生育歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妊娠中の健康状態 | 良好　高血圧　体重増加　むくみ　貧血  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 妊娠中の様子 | 妊娠中に特に気になることはありましたか？  特になし　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 妊娠期間 | 週　　　日 | 出産の場所 |  |
| 分　　娩 | あてはまる項目すべてにチェックしてください。  正常分娩　陣痛微弱　逆子　鉗子分娩　吸引分娩  帝王切開　早期破水　人工破水　麻酔をかけた  仮死分娩　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 出生体重 | ｇ | 頭　　囲 | ㎝ |

**【出生の経過】***※生まれてから1ヶ月頃までの様子*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 仮　死 | 無　　有 | 黄　疸 | 無　 　有（軽度・中程度・重度） |
| 酸素投与 | 無　　有 | 保育器使用 | 無　 　有（生後　　日から　　　日） |
| けいれん | 無　　有 | 出　血 | 無　 　有（いつ　　　どこから　　） |
| 発　熱 | 無　　有 | 栄　養 | 混合　 母乳　 ミルク |
| 顔や身体が紫色になったことがありましたか | | | 無　 　有（どんなときに　　　　　） |
| 新生児聴覚検査は受けましたか | | | いいえ  はい　⇒　異常なし・再検査  （再検査の結果　　　　　　　　 　） |

**【発達の経過（乳幼児期）】***※母子手帳の記録などをもとに記入ください。*

シート②－１（本人の生育歴）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 親の動きを目で追う | 歳　　　ヶ月 | 笑う | 歳　　　ヶ月 |
| 首のすわり | 歳　　　ヶ月 | 寝返り | 歳　　　ヶ月 |
| 座る | 歳　　　ヶ月 | ハイハイ | 歳　　　ヶ月 |
| 伝い歩き | 歳　　　ヶ月 | 一人歩き | 歳　　　ヶ月 |
| あやすと笑う | 歳　　　ヶ月 | 人見知り | 歳　　　ヶ月 |
| 指差し | 歳　　　ヶ月 | 後追い | 歳　　　ヶ月 |
| バイバイと手を振る | 歳　　　ヶ月 | 動作の模倣 | 歳　　　ヶ月 |
| 始語 | *はじめての意味のあることば（「マンマ」「ワンワン」など）を話す*  歳　　　ヶ月（内容：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 二語文 | *二語を組み合わせて（「マンマ　ナイ」「オンモ　イク」など）話す*  歳　　　ヶ月（内容：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| おしっこやうんちを知らせる | | 歳　　　ヶ月 | |
| 昼間おむつが完全にいらなくなる | | 歳　　　ヶ月 | |
| 夜もおむつが完全にいらなくなる | | 歳　　　ヶ月 | |
| この時期に気になったことはありますか（あてはまる項目すべてにチェックしてください） | | | |
| 落ち着きない　おとなしい　寝てばかりいた　あまり寝ない　よく動き回る  かんしゃく　気持ちのきりかえ　湿疹　下痢　便秘　風邪　病気がち  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**【乳幼児期にかかった大きな病気等】***※ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病など*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時　期  （年　齢） | 診断名 | 症　状 |
| 年　　月  （　　　歳　　ヶ月） |  |  |
| 年　　月  （　　　歳　　ヶ月） |  |  |
| 年　　月  （　　　歳　　ヶ月） |  |  |

**【健診の記録】**

シート②－２（本人の生育歴）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３～４か月児健診 | 受けていない  受けた　【健康・要観察・その他】  健康診査での様子 | | | ＜場所＞  羽村市保健センター  その他  （　　　　　　　　　） | |
| １歳６か月児健診 | 受けていない  受けた　【健康・要観察・その他】  健康診査での様子 | | | ＜場所＞  羽村市保健センター  その他  （　　　　　　　　　） | |
| ３歳児健診 | 受けていない  受けた　【健康・要観察・その他】  健康診査での様子 | | | ＜場所＞  羽村市保健センター  その他  （　　　　　　　　　） | |
| その他の健診  （　　　　）健診 | 受けていない  受けた　【健康・要観察・その他】  健康診査での様子 | | | ＜場所＞ | |
| 保健センターで継続的に受けた相談はありますか | | | なし  あり　*（下の表にわかる範囲でご記入ください）* | | |
| 時　期 | | 相　談　の　内　容 | | | 相談の担当者等 |
| 年　　月  ～　　年　　月 | |  | | |  |
| 年　　月  　～　　年　　月 | |  | | |  |
| その他、気付いたこと | | | | | |

**【からだの状態】**　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日

本人の様子

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身　長 | ㎝ | 体　重 | ㎏ | 平　熱 | ℃ |
| 健康状態 | 良好　 その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | | |
| 視　力 | あてはまる項目にチェックしてください。  良好  近視　 遠視　 弱視　 斜視　 その他（　　 　　　） | | | | |
| 眼鏡使用 | 無　　有 | | | |
| 聴　力 | あてはまる項目にチェックしてください。  良好  難聴　 聴力低下　 その他（　　　　　　　　　　 　　　） | | | | |
| 補聴器使用 | 無　　有 | | | |
| 利き手はどちらですか | | 鉛　筆 | 右　左　両手　はっきりしない | | |
| 箸 | 右　左　両手　はっきりしない | | |
| ボール | 右　左　両手　はっきりしない | | |

**【持病・体質など】**

シート③－１（本人の様子）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アレルギー | 食物アレルギー | 無　 有（原因：　　　　　 　　　　　） |
| 薬アレルギー | 無　 有（原因：　　　　　 　　　　　） |
| ぜんそく | 無　 有 |
| 鼻炎 | 無　 有 |
| てんかん | てんかん発作 | 無　 有（タイプ：　　　　 　　　　　） |
| 薬の使用 | 無　 有（薬名：　　　　　　 　　　　） |
| 禁忌薬（飲んではいけない薬） | | 無　 有（薬名：　　　　　　 　　　　） |
| その他  慢性的な病気 | 診断名：  薬　　名：  治療内容： | |
| 診断名：  薬　　名：  治療内容： | |

**【発達に関する相談・検査等について】**

*お子さんのことで、現在あるいは過去に、相談や受診、指導を受けていたらご記入ください。*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談内容 | 時　期 | どこで・どなたに | 結果、診断名、服薬等 |
| 【記入例】乳幼児健康相談 | 平成２８年６月頃 | 保健センター　〇〇医師 | 医療機関受診をすすめられる |
| 同上 | 平成２８年９月頃 | 〇〇〇病院　〇〇医師 | ADHD診断　薬：〇〇〇 |
|  | 年 月頃  ~ 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃  ~ 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃  ~ 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃  ~ 年 月頃 |  |  |

*お子さんが受けた検査（知能検査、脳波検査、ＭＲＩ等）がありましたら、ご記入ください。*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検　査　名 | 時　期 | 受　け　た　所 | 結　　　果 |
| 【記入例】WISC-Ⅳ | 平成２８年７月頃 | 教育相談室 | 全検査IQ〇〇（言語・知覚・WM・処理） |
|  | 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃 |  |  |
|  | 年 月頃 |  |  |

シート③－２（本人の様子）