

本人情報シート

児童発達支援事業所 笑顔のはな



名前	
----	--

プロフィール

◆本人の情報

(ふりがな) 氏名			性別	男・女
生年月日	年	月	日	
血液型	型()	平熱	度分	
相談内容	ことば ・ かんしゃく ・ 運動面 ・ その他()			
住所	〒 -			
緊急連絡先	氏名			続柄
	連絡先	【電話】 ()		
	氏名			続柄
	連絡先	【電話】 ()		
通園先	保育園 ・ 幼稚園 ・ その他()			
通園連絡先	〒 -	☎	()	
特記事項	※呼び名等必要な情報			

◆家族構成

続柄	氏名	生年月日	特記事項(職場・学校・連絡先・別居等)
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	
その他	※その他の家族・親戚等で本人と関わりのある場合や、変更事項等を記入してください。		

◆手帳の取得状況

療育手帳	障害程度	交付年月日	次回の判定
精神障害者 保健福祉手帳	障害等級	交付年月日	有効期限
身体障害者手帳	障害等級	交付年月日	再認定年月 (要再認定がある場合)

生育の記録

○乳幼児健診について

・1歳6ヶ月検診で指摘されたことはありましたか(ある・ない)

それはどのようなことでしたか

()

・3歳児検診で指摘されたことはありましたか(ある・ない)

それはどのようなことでしたか

◆発達の経過についてお伺いします。できるようになった年齢をお書きください。

動作	はじめた時期	動作	はじめた時期
首が座る	歳 月頃	あやすと笑う	歳 月頃
呼ぶと振り向く	歳 月頃	寝返り	歳 月頃
お座り	歳 月頃	人見知り	歳 月頃
目で物を追う	歳 月頃	アーアーと 声を出す	歳 月頃
はいはい	歳 月頃	つかまり立ち	歳 月頃
一人で立つ	歳 月頃	2~3歩ひとりで 歩く	歳 月頃
指さし (気持ちの共有)	歳 月頃	簡単な指示(おいで、ちょう だい)等がわかる	歳 月頃
意味のある言葉 を話し始めたのは いつ頃からですか	歳 月頃	二語文を話しますか	歳 月頃
その他特記事項	※発育や子育てにおいて、はじめに気になられたこと等		

◆今現在の本人の様子について教えてください。

<p>家での様子</p>		
<p>他施設の様子(幼稚園、保育園、他事業所 等)</p>		
<p>得意な事 ※好きな関わりもここに記載 ください。</p>		
<p>苦手な事 ※不得意な関わりもここに記 載ください。</p>		
<p>食事状況</p>	<p>どんな食べ方 をしています か？</p>	<p>箸・スプーン、フォーク・手掴み</p>
	<p>エフロンは必 要ですか？</p>	<p>はい・いいえ</p>
	<p>アレルギーは ありますか？</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>アレルギーの欄で はい と答 えた方は記載ください</p>		

排泄状況	オムツかパンツどちらを使用されていますか？	オムツ・パンツ・その他(一部オムツ等)
	その他の欄に○をつけた方は詳細にお書きください。	
	トイレは自立していますか？	要介助・一部介助・自立
衣服の状況	衣服の着脱	要介助・一部介助・自立
基礎睡眠時間	平均何時間睡眠出来ていますか？ ※記載例 (21:00~9:00 計12時間 等)	
笑顔のはなにどのような支援を求めますか？	(例：友達との関わりが増えて欲しい 等)	
その他特記事項	※何か共有事項等ありましたらご記載ください。	

◆かかりつけ医

かかりつけ医の有無	有(選択した場合以下の項目を埋めてください。)・無
病院名	
病院住所	〒 -
医師名	
病院連絡先	☎ ()

※てんかんやアトピー等の持病がある場合に、症状と対処法を記入しましょう。

病名	
時期	年 月 ~ 年 月 (歳 ~ 歳まで)
症状と対処法	

病名	
時期	年 月 ~ 年 月 (歳 ~ 歳まで)
症状と対処法	

◆病気の記録

病気の種類	病気にかかった有無	症状が現れた時期
てんかん発作	有(現在も)・有(過去に)・無	歳頃
ぜんそくの発作	有(現在も)・有(過去に)・無	歳頃
アトピー性皮膚炎	有(現在も)・有(過去に)・無	歳頃
中耳炎	有(現在も)・有(過去に)・無	歳頃
その他の病気		

相談・通所歴

※相談支援事業所、現在ほかに通われている事業所がありましたらご記入ください。

事業所名	住所、連絡先 等	通所頻度・担当者など
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	
	〒 - ☎ ()	

