

2 生育歴

妊 娠 期	妊娠中の様子はどうか。 体調は（健康・つわりが重い・妊娠中毒症（蛋白尿・むくみ・高血圧）） 妊娠中の疾病（.....） 薬の服用は（妊娠3ヶ月まで・妊娠 ヵ月）・なし 注射は（妊娠3ヶ月まで・妊娠 ヵ月）・なし 疾病は（なし・糖尿病・結核・切迫流産・風疹・その他（.....））																				
出 産 期	出産の様子はどうか。 出産の場所は（..... 病院・産院・自宅・その他.....） 何週で出産しましたか。（..... 週）出産予定日は（ 年 月 日） 出生時の体重は（..... g） すぐ泣きましたか。（すぐ泣いた・しばらくして泣いた） 保育器の使用は（使用・使用しない）（..... 日間程度） 黄疸は（軽い・普通・重い 光線療法..... 日）。なし 出産時の特別な手当ては（なし・24時間以上・微弱陣痛・陣痛促進剤・骨盤位（逆子） へその緒が巻いている・早期破水・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開・その他（.....））																				
乳 幼 児 期	乳幼児期の様子はどうか？ 育て易さは（育て易かった・育てにくかった） 乳の飲み方は（普通・弱かった・その他（.....）） 飲む乳の量は（多い・普通・少ない） <table border="0"> <tr> <td>首がすわったのは</td><td>（..... ヵ月）</td> <td>寝返り</td><td>（..... ヵ月）</td> </tr> <tr> <td>一人座り</td><td>（..... ヵ月）</td> <td>ハイハイ</td><td>（..... ヵ月）</td> </tr> <tr> <td>つかまり立ち</td><td>（..... ヵ月）</td> <td>一人歩き</td><td>（..... ヵ月）</td> </tr> <tr> <td>人見知り</td><td>（..... ヵ月）</td> <td>喃語</td><td>（..... ヵ月）</td> </tr> <tr> <td>初語</td><td>（..... ヵ月）</td> <td>二語文</td><td>（..... ヵ月）</td> </tr> </table> 特記事項	首がすわったのは	（..... ヵ月）	寝返り	（..... ヵ月）	一人座り	（..... ヵ月）	ハイハイ	（..... ヵ月）	つかまり立ち	（..... ヵ月）	一人歩き	（..... ヵ月）	人見知り	（..... ヵ月）	喃語	（..... ヵ月）	初語	（..... ヵ月）	二語文	（..... ヵ月）
首がすわったのは	（..... ヵ月）	寝返り	（..... ヵ月）																		
一人座り	（..... ヵ月）	ハイハイ	（..... ヵ月）																		
つかまり立ち	（..... ヵ月）	一人歩き	（..... ヵ月）																		
人見知り	（..... ヵ月）	喃語	（..... ヵ月）																		
初語	（..... ヵ月）	二語文	（..... ヵ月）																		

● 1か月児健診 受けた（どこで：.....）・受けていない
→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）
〈受けたアドバイス〉

● 3～4か月児健診 受けた（どこで：.....）・受けていない
→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）
〈受けたアドバイス〉

● 1歳6か月児健診 受けた（どこで：.....）・受けていない
→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）
〈受けたアドバイス〉

● 3歳児健診 受けた（どこで：.....）・受けていない
→ 結果（異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療）
【受けたアドバイス】

今までにかかった感染症・予防接種の記録

病 名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻疹（はしか）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
風しん（三日はしか）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
ポリオ	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
BCG(結核)	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
3種混合	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
日本脳炎	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
おたふくかぜ	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	
	済 ・ 未	年 月 日 歳頃	

持病(基礎疾患)・体質等

禁忌薬 (飲んではいけない薬)		なし あり（種類
アレルギー	食物	なし あり（原因：卵・牛乳・そば
	薬	なし あり（原因：
	その他	なし あり（原因：
てんかん		なし あり（タイプ： <u>発作時の対応方法</u>
持病(慢性的な病気)		なし あり（内容：ぜんそく・

本人の状態

マヒの有無	なし ・ あり 部位（ ）
移動	ひとりで歩行できる ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 車椅子や補装具を使用
食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 偏食が激しい ・ 過食 ・ 少食
排泄	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要

持っている手帳など

身体障害者手帳	なし ・ あり 取得日 年 月 日（ 種 級 障害名 ） 更新日 年 月 日（ 種 級 障害名 ） 年 月 日（ 種 級 障害名 ）		
療育手帳	なし ・ あり 取得日 年 月 日（ A B1 B2 ） 更新日 年 月 日（ A B1 B2 ） 年 月 日（ A B1 B2 ） 年 月 日（ A B1 B2 ） 年 月 日（ A B1 B2 ） 年 月 日（ A B1 B2 ）		
精神障害者保健福祉手帳	なし ・ あり 取得日 年 月 日（ 級 ） 更新日 年 月 日（ 級 ） 年 月 日（ 級 ）		
医療補助		公費負担番号	受給者番号
重度心身障害者 医療費助成	なし・あり		
自立支援医療 （育成・更正・精神通院）	なし・あり		
小児慢性特定疾患 医療受給券	なし・あり		

収入・住居の状況 （成人の方のみあてはまる項目に○を入れてください）

収入の状況	福祉制度	障害年金 ・ 生活保護		
	勤労収入	なし ・ あり	その他	

※医療情報（１）

保険等

健康保険証		医療費受給者証（乳幼児・母子・障害者）	
国保・健保組合・協会けんぽ・船員・生活保護		公費負担番号	
記号	番号	保険者番号	受給者番号

どのような体質ですか（○をしてください）

	かぜをひきやすい		かぶれやすい（部位：　　　　　　　　　）
	下痢をしやすい		関節がぬけやすい（部位：肘　肩　その他）左・右
	便秘しやすい		その他（　　　　　　　　　）
	よく吐く		

医療的な管理が必要なもの → 医療情報（３）へ

胃ろう・尿道カテーテル・吸引・酸素ボンベ使用・その他（　　　　　　　　　）

特に気を付けてもらいたい病状（ひきつけ、心臓病、ぜんそく、アレルギー、てんかんなど）

病　名		医療機関名	TEL（　　　）　－ 主治医（　　　　　　　　　）
症状及び対応			
病　名		医療機関名	TEL（　　　）　－ 主治医（　　　　　　　　　）
症状及び対応			
病　名		医療機関名	TEL（　　　）　－ 主治医（　　　　　　　　　）
症状及び対応			

禁忌薬（飲んではいけない薬）

薬名		どんな薬	
----	--	------	--

かかりつけの医療機関

診療科	医療機関名	TEL	主治医
小児科		（　　　）　－	
内　科		（　　　）　－	
外　科		（　　　）　－	
歯　科		（　　　）　－	
眼　科		（　　　）　－	
耳鼻科		（　　　）　－	
心療内科		（　　　）　－	

※医療情報（2）

今までにかかった大きな病気、ケガ

[illegible]

受診（小児科・内科・外科・歯科・眼科・耳鼻咽喉科・心療内科・ ）

受診の際に伝えておきたいこと

記入年月日（ 年 月 日）

病院内での主な様子		本人への治療方法の伝え方	その他注意してほしいこと
待 合 室			
診 察 室			
注 射			

受診歴

医療機関名	受診期間	備 考
【Tel】（ ） －	年 月 ～ 年 月	
【Tel】（ ） －	年 月 ～ 年 月	
【Tel】（ ） －	年 月 ～ 年 月	
【Tel】（ ） －	年 月 ～ 年 月	

処方薬 又は 常用薬

薬名（処方期間）	何の薬（処方目的、副作用等）	服用状況	
		服薬時間	形状
年 月～ 年 月		飲み方	
年 月～ 年 月		飲み方	
年 月～ 年 月		飲み方	
年 月～ 年 月		飲み方	
年 月～ 年 月		飲み方	

※医療情報（3）

特別な医療や措置

記入年月日（ 年 月 日）

（定期的に、あるいは頻回に受けているもの）

処置や対応の内容（○をしてください）

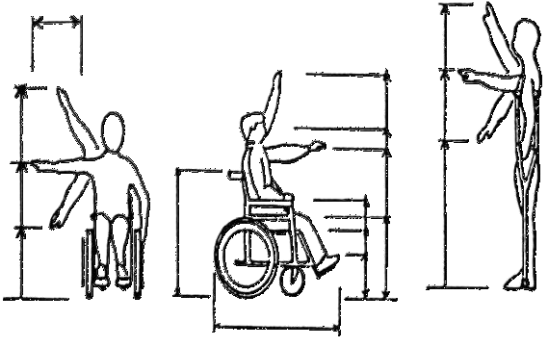
	点滴の管理		経管栄養（胃ろう）
	中心静脈栄養		吸引処置（ 回/日 一時的・継続的）
	透析		モニター測定（酸素飽和度 血圧 心拍）
	ストーマの位置		カテーテル（留置・コンドーム型・その他 ）
	酸素療法		褥瘡（床ずれ）
	レスピレーター		体位交換
	気管切開の処置		
	疼痛の看護		

○安全な処置や対応のための留意事項

（上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。）

その他

※医療情報（４）

補装具等（※可能であればリハビリの先生等に記入してもらうことが望ましいでしょう。）				
記入者	所 属		職 名	
	氏 名		連絡先	
機器等の種類		補装具 ・ 日常生活用具 ・ 自助具 ・ その他（ ）		
機器等の名称				
納入者	所 属		職 名	
	氏 名		連絡先	
導入の目的				
導入までの経過				
	申請日 年 月 日	判定日 年 月 日	交付日 年 月 日	耐用年数 年
操作方法・留意事項				
寸法等	 ※支援・補助内容を記載。 必要に応じて、機器等の写真を貼付。			

所属歴（１）

通園施設、児童デイサービス事業所、居宅支援サービス

施設名(事業所名)	所属期間	クラス等	サービスの内容
	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)		
	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)		
	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)		
	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)		
	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)		
	年 月～ 年 月 (歳～ 歳)		

※ 事業所別の書き方例を御参照下さい。

保育所

保育所名	所属期間	クラス	担当の先生	

幼稚園

幼稚園名	所属期間	クラス	担任	

小学校(特別支援学校小学部)

学校名	所属期間	学年	特別支援 学級在籍	担任	
		1年生	有・無		
		2年生	有・無		
		3年生	有・無		
		4年生	有・無		
		5年生	有・無		
		6年生	有・無		

※特別支援学校在籍児童は特別支援学級在籍欄に記入する必要はありません。

中学校(特別支援学校中学部)

学校名	所属期間	学年	特別支援 学級在籍	担任	
		1年生	有・無		
		2年生	有・無		
		3年生	有・無		

※特別支援学校在籍生徒は特別支援学級在籍欄に記入する必要はありません。

高等学校(特別支援学校高等部)

学校名	所属期間	学年	担任	
		1年生		
		2年生		
		3年生		

大学・専門学校等

学校名	所属期間	学年	備考

所属歴 (2)

成人期

[illegible]

事業所名	住所	電話番号	担当者
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	
年 月～ 年 月			
	利用サービス名	送迎 有 ・ 無	