

# プロフィール

記入日 ( 年 月 日 ) 記入者 ( )

氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
保護者氏名	(続柄 : )		血液型	A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明 (Rh + ・ -)
住所	〒 滋賀県		本人の 連絡先	(自宅 ・ 職場 ・ 携帯)
			保護者の 連絡先	(自宅 ・ 職場 ・ 携帯)
家族氏名	続柄	生年月日	職業	備考
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
		年 月 日	自営 ・ 勤め ・ なし ・ 学生 ・ その他 ( )	
家族関係図	<p>(記入例)</p> <p>             (死亡) 祖母 祖父 / 祖母 (離婚)              父 母              兄 本人 妹              ※同居を囲む         </p>			



# 生育歴

<母の状況>

※母子健康手帳とともに保管する場合には、記入は不要です。

妊娠中					
妊娠経過	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 (                      週時) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 強いつわり (                      週時) <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 (                      週時) <input type="checkbox"/> 服薬 (つわりどめ ・ 造血剤 ・ 流産予防剤 ・ その他 (                      )) <input type="checkbox"/> 入院 (                      週～                      週                      理由:                      )				
	その他 気になる エピソード				
	出産時				
	両親の年齢	父	歳	母	歳
出産予定日	年 月 日		出産日	年 月 日	
胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 (                      )				
分娩	<input type="checkbox"/> 自然分娩 ( 軽い ・ 普通 ・ 難産 ) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由:                      ) <input type="checkbox"/> 前早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩				
その他 気になる エピソード					

<子の状況>

※母子健康手帳とともに保管する場合には、記入は不要です。

出生時				
在胎期間	週 日		生下時体重	g
身長	cm	頭囲	cm	胸囲                      cm
Apgarスコア	点		出生直後の状態	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常
出生後の問題	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発育不良 (                      ) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
	処置内容	<input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 光線療法 (                      時間)		
		<input type="checkbox"/> 保育器 (                      日間) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (                      時間)		
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 (                      )				
先天性代謝異常検査	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常 ・ <input type="checkbox"/> 未受検			
出産した病院				
その他 気になる エピソード				

# 生育歴

<子の状況>

※母子健康手帳とともに保管する場合には、記入は不要です。

乳幼児健康診査の状況（特記事項）			
4か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）		
10か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）		
1歳6か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）		
2歳6か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）		
3歳6か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）		
乳幼児期の様子			
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> 混合乳		
乳の飲み方	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> その他（ ）		
離乳食	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> やや進みにくかった <input type="checkbox"/> 困難だった		
断乳の時期	歳      ヵ月	けいれん発作	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
運動発達	首のすわり	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	お座り	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	はいはい	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	伝い歩き	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	一人歩き	<input type="checkbox"/> 完了（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
コミュニケーションの発達	聞こえについての心配	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無	
	あやすと笑う	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無	
	視線の合わせ方	<input type="checkbox"/> よく合う <input type="checkbox"/> 合うことも <input type="checkbox"/> 合いにくい	
	人見知り	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無	
	親の後追い	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無	
	指さし	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無	
	初めての言葉	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無 言った言葉：	
	二語文	<input type="checkbox"/> 有（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 無	
身辺自立	ひとりでトイレで排泄ができる	<input type="checkbox"/> 自立（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	ひとりで道具を使って食事ができる	<input type="checkbox"/> 自立（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
	ひとりで着替えられる	<input type="checkbox"/> 自立（ 歳      ヶ月頃から） ・ <input type="checkbox"/> 未	
好きな遊び			
気になるエピソード（時期）	<input type="checkbox"/> 寝てばかりいた（ ） <input type="checkbox"/> あまり寝ない（ ） <input type="checkbox"/> 落ち着きがない（ ） <input type="checkbox"/> よく動きまわる（ ） <input type="checkbox"/> こだわりがある（ ） <input type="checkbox"/> 体調を崩しやすい（ ） <input type="checkbox"/> 偏食がひどい（ ） <input type="checkbox"/> おとなしい（ ） <input type="checkbox"/> かんしゃくがひどい（ ） <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが苦手（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

## 医療情報

### <基礎疾患など>

禁忌薬 (飲んではいけない薬)		□無 ・ □有	薬名	
			服用の目的	
アレルギー	食物	□無 ・ □有	原因	
	薬	□無 ・ □有	原因	
てんかん		□無 ・ □有	タイプ	
持病 (慢性的な病気)		□無 ・ □有	病名	

### <今までにかかった大きな病気・ケガ>

病名	病気になった時期 ケガをした時期	病状・合併症・医療機関名・入院期間など
	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)	

### <かかりつけ医療機関>

診療科	医療機関名	主治医	連絡先電話番号

# 医療情報

記入日（ 年 月 日） 記入者（ ）

<特別な医療や処置（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

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

## 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お書きください。

## その他注意してほしいこと、支援してほしいこと

## <体質について>

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい                               | <input type="checkbox"/> かぶれやすい（部位： ） |
| <input type="checkbox"/> 発熱をしやすい                                | <input type="checkbox"/> よく嘔吐する       |
| <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい                                | <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい      |
| <input type="checkbox"/> 関節が外れやすい（部位： 肘 ・ 肩 ・ その他（ ） ）（ 左 ・ 右 ） |                                       |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）                                 |                                       |

## 緊急時の注意点

例えば、喘息などの重度の持病がある場合の注意点、ケガをしたときに医師へどのように本人のことを伝えるか、本人にどのように治療のことを伝えるかなどをお書きください。

## その他注意してほしいこと、支援してほしいこと



# 医療機関受診の記録

<常用薬>

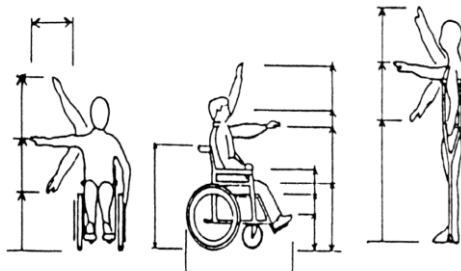
薬名（処方期間）	処方の目的 副作用等	服用状況			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			
年 月～ 年 月		服薬時間	朝・昼・夕・寝る前	形状	
		飲み方			



# 福祉用具

\*一つの福祉用具につき、一枚作成してください。

\*可能であれば、リハビリの先生などに確認してください。

導入時期	年 月 日 ( 歳 )	交付自治体名	
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			
納入元		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 月 日
操作方法 ・ メンテナンス ・ 留意事項	<p>※昼間（夜間）のみ使用する、てんかん発作の起こりそうなどときには装着しない、定期的に主治医と装着状態について確認する、など関わる人に知ってほしいことをお書きください。</p>		
寸法等	<p>※支援・補助内容等を記載してください。 ※必要に応じて、機器等の写真を貼付してください。</p> 		

# 福祉用具

\*一つの福祉用具につき、一枚作成してください。

\*可能であれば、リハビリの先生などに確認してください。

導入時期	年 月 日 ( 歳 )		交付自治体名	
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				
納入元			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 月 日
操作方法 ・ メンテナンス ・ 留意事項	<p>※昼間（夜間）のみ使用する、てんかん発作の起こりそうなどときには装着しない、定期的に主治医と装着状態について確認する、など関わる人に知ってほしいことをお書きください。</p>			
寸法等	<p>※支援・補助内容等を記載してください。 ※必要に応じて、機器等の写真を貼付してください。</p> 			

# 所属歴 1

<保育園・幼稚園・幼児園・こども園・小学校・中学校等>

年齢	所属園名	組	担任名
0歳児			
1歳児			
2歳児			
3歳児			
4歳児			
5歳児			

学年	所属学校名	組	担任名
小1			
小2			
小3			
小4			
小5			
小6			

学年	所属学校名	組	担任名
中1			
中2			
中3			



