

# 0歳児シート

記入日（ 年 月 日） 記入者（ ）

## 大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：首のすわり、寝返り、お座り、ハイハイ、つかまり立ち、伝い歩きなど、身体面での発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：母乳またはミルクの回数、離乳食の内容・回数、食べ方などの、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子や感じたことについて
人とのかかわり	例：人見知りの様子（まったくない、誰にでも抱かれる、極度に嫌がるなど）、人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、好みの遊びや嫌いな遊びなど、感じたことについて
好きなこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
聞こえと発声	例：耳の聞こえ、どんな声を出しているかななどの、具体的な様子について
その他	

## 0歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	例：腹ばいになってようやく首を持ち上げる。家族みんなで喜び合う。 例：「パンパン」「プープー」等の効果音でケラケラ笑う。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

# 1歳児シート

記入日 ( 年 月 日 ) 記入者 ( )

## 大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：ハイハイ、つかまり立ち、伝い歩き、ひとり歩きなど、身体面での発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：母乳またはミルクの回数、食事の内容・回数、食べ方などの様子について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子や感じたことについて
人とのかかわり	例：人見知りの様子（まったくない、誰にでも抱かれる、極度に嫌がるなど）、人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、好みの遊びや嫌いな遊びなど、感じたことについて
遊び	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
聞こえと発声	例：耳の聞こえ、どんな声を出しているかなどの、具体的な様子について
その他	

# 1歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	<p>例：手遊び歌を歌ってあげるととても喜び、声を出しながら体の動きをまねるようになった。                      例：野菜や魚など好き嫌いが多く、食が細い。落ち着いて食べられず、すぐにおもちゃで遊んでしまう。</p>

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

# 2歳児シート

記入日 ( 年 月 日 ) 記入者 ( )

## 大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：ひとりで上手に歩く、走ることができるなど、身体面での発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：母乳またはミルクの回数、離乳食の内容・回数、食べ方などの、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子や感じたことについて
人とのかかわり	例：人見知りの様子（まったくない、誰にでも抱かれる、極度に嫌がるなど）、人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、好みの遊びや嫌いな遊びなど、感じたことについて
遊び	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
聞こえと発声	例：耳の聞こえ、どんな声を出しているかなどの、具体的な様子について
その他	

## 2歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	<p>例：「ダメ」「やめて」と言うとかえってやり続ける。</p> <p>例：スーパーで欲しいものが買ってもらえず、ひっくり返って大泣きする。次からは買い物前に〇〇だけと約束するようにした。</p>

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

# 3歳児シート

記入日（ 年 月 日） 記入者（ ）

## 大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：ひとりで上手に歩く、走ることができるなど、身体面での発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：母乳またはミルクの回数、離乳食の内容・回数、食べ方などの、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子や感じたことについて
人とのかかわり	例：人見知りの様子（まったくない、誰にでも抱かれる、極度に嫌がるなど）、人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、好みの遊びや嫌いな遊びなど、感じたことについて
遊び	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
聞こえと発声	例：耳の聞こえ、どんな声を出しているかなどの、具体的な様子について
その他	

### 3歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	<p>例：「ダメ」「やめて」と言うとかえってやり続ける。</p> <p>例：スーパーで欲しいものが買ってもらえず、ひっくり返って大泣きする。次からは買い物前に〇〇だけと約束するようにした。</p>

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

# 4歳児シート

記入日 ( 年 月 日 ) 記入者 ( )

大まかな生活リズム							
(通園・通級など活動のある日)							
0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時
(休みの日)							
0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：階段を交互に足を出してのぼる、三輪車をこぐなど、身体面の発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：食事の内容、回数、食べ方、好き嫌いなど、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子やどこまで一人で行えるかなどについて
ことば・表現	例：ことばの理解の仕方、おしゃべりの特徴などについて
人とのかかわり	例：人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、集団での様子などについて
好きなこと 苦手なこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

## 4 歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
ことばの教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	例：友達と大げんかする。先生の仲立ちで仲直りできた。 例：運動会のザワザワした様子が苦手。緊張したのか上手に走れなかった。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

# 5歳児シート

記入日 ( 年 月 日 ) 記入者 ( )

大まかな生活リズム							
(通園・通級など活動のある日)							
0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時
(休みの日)							
0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：階段を交互に足を出してのぼる、三輪車をこぐなど、身体面の発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：食事の内容、回数、食べ方、好き嫌いなど、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子やどこまで一人で行えるかなどについて
ことば・表現	例：ことばの理解の仕方、おしゃべりの特徴などについて
人とのかかわり	例：人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、集団での様子などについて
好きなこと 苦手なこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方や友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

## 5歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
ことばの教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	例：友達と大げんかする。先生の仲立ちで仲直りできた。 例：運動会のザワザワした様子が苦手。緊張したのか上手に走れなかった。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。





# 記録ノート

\* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

※必要部数を両面コピーしてお使いください。

# 記録ノート

\* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

# 記録ノート

\* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

※必要部数を両面コピーしてお使いください。

# 記録ノート

\* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事



