

小1シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム							
(通学・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	
生活習慣・身辺自立	例：食事、着替え、トイレ、入浴、睡眠など生活習慣について
ことば・コミュニケーション	例：伝わりやすい方法（絵カード、写真、ジェスチャー、文字、具体物など）表現（要求・伝達）の仕方について
外出・移動	例：一人で登下校できる、自転車等にのれる、交通機関が使える、交通ルールがわかる、守れるなど
人との関わり	例：友達との関わり方、好きな友達（おとなしい子など）、苦手なタイプの人、知らない人（極端に怖がる、平気で話しかける）など
好きなこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
苦手なこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

小1シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

小2シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

小3シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム							
(通学・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	
生活習慣・身辺自立	例：食事、着替え、トイレ、入浴、睡眠など生活習慣について
ことば・コミュニケーション	例：伝わりやすい方法（絵カード、写真、ジェスチャー、文字、具体物など）表現（要求・伝達）の仕方について
外出・移動	例：一人で登下校できる、自転車等にのれる、交通機関が使える、交通ルールがわかる、守れるなど
人との関わり	例：友達との関わり方、好きな友達（おとなしい子など）、苦手なタイプの人、知らない人（極端に怖がる、平気で話しかける）など
好きなこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
苦手なこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

小3シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

小4シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

小5シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

小6シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

中1シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム							
(通学・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	
生活習慣・身辺自立	例：食事、着替え、トイレ、入浴、睡眠など生活習慣について
ことば・コミュニケーション	例：伝わりやすい方法（絵カード、写真、ジェスチャー、文字、具体物など）表現（要求・伝達）の仕方について
外出・移動	例：一人で登下校できる、自転車等にのれる、交通機関が使える、交通ルールがわかる、守れるなど
人との関わり	例：友達との関わり方、好きな友達（おとなしい子など）、苦手なタイプの人、知らない人（極端に怖がる、平気で話しかける）など
好きなこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
苦手なこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

中 1 シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
スクールカウンセラー対応	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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・	.

※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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

中2シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
スクールカウンセラー対応	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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・	.

※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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

中3シート

在籍校・級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級[<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 特別支援学校		
学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
スクールカウンセラー対応	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
適応指導教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	.
ことばの教室 (通級指導教室)	<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	.
		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・	.

※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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

高1シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム							
(通学・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	
生活習慣・身辺自立	例：食事、着替え、トイレ、入浴、睡眠など生活習慣について
ことば・コミュニケーション	例：伝わりやすい方法（絵カード、写真、ジェスチャー、文字、具体物など）表現（要求・伝達）の仕方について
外出・移動	例：一人で登下校できる、自転車等にのれる、交通機関が使える、交通ルールがわかる、守れるなど
人との関わり	例：友達との関わり方、好きな友達（おとなしい子など）、苦手なタイプの人、知らない人（極端に怖がる、平気で話しかける）など
好きなこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
苦手なこと	例：あそび、場所、もの、できごと など
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

高1シート

学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	.
スクールカウンセラー対応	<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	
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

高2シート

学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	・
スクールカウンセラー対応	<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	
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

高3シート

学校における 個別学習支援	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	教科・ 担当者名	
スクールカウンセラー対応	<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	
		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：いつもと違うことが苦手で、行事の前はなかなか眠れなかった。 例：忘れ物がなくなるように、毎日チェックリストを作った。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

記録シート

* 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。

記録シート

* 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

記録シート

* 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。

記録シート

* 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

