

生い立ち

出生時・出産後・発達の状況などを記入しましょう。

〔 記入者 〕

〔 記入日 〕

年 月 日

出産の状況

◆お産の時、下記のことがありましたか (はい ・ いいえ)

逆子・帝王切開・誘発分娩・吸引分娩・鉗子分娩・臍帯巻絡
その他 ()

出生時の状態

◆生まれた時、下記のことがありましたか (はい ・ いいえ)

すぐ泣かない・保育器 (日間) ・酸素吸入 (日間) ・ひきつけ
重度黄疸 (光線療法・交換輸血) ・その他 ()

◆出生時について

出生体重 (g) ・身長 (cm) ・頭囲 (cm)

聴力検査ABR (正 ・ 異) ・アプガースコア (/)

在胎週数 (週 日) ・出産医療機関 ()

乳幼児期

◆成長について

・首のすわり (歳 か月)
・あやすと笑う (歳 か月)
・寝返り (歳 か月)
・お座り (歳 か月)
・はいはい (歳 か月)
・人見知り (ある 歳 か月 ・ ない)
・名前を呼ぶと振り向く (ある 歳 か月 ・ ない)

・ひとり歩き (歳 か月)
・指さしがあった (歳 か月)
・言葉がでた時期 (歳 か月)
*どんな言葉でしたか ()
・「わんわん きた」などの二語文を話す (歳 か月)

◆大きな病気をしましたか (はい ・ いいえ)

病名 () ・ 歳 か月)

◆気になったことはありましたか (はい ・ いいえ)

例) 名前を呼んでも視線が合いにくかった、「ママ」など一旦出ていた言葉がなくなったなど

()

健診について

健診を受けた機関を記入しましょう。またその時に、医師や保健師からの指導、心理相談員の発達検査などを受けた場合は、その内容を書きましょう。

◆1か月児健診 (受診 ・ 未受診)

()

◆4か月児健診 (受診 ・ 未受診)

()

◆乳児後期健診 (受診 ・ 未受診)

()

◆1歳7か月児健診 (受診 ・ 未受診)

()

◆2歳6か月児歯科健診 (受診 ・ 未受診)

()

◆3歳6か月児健診 (受診 ・ 未受診)

()

◆その他の健診など

(歳 か月の時に)

(歳 か月の時に)

福祉支援の記録

< 障がい者手帳 医療関係 手当て・年金 >



身体障がい者手帳

記入者

交付日	障がい名	次回認定の時期	障がい名
年 月		年 月	
等級		等級	
級		級	



療育手帳

交付日	①次回更新の時期	②次回更新の時期	③次回更新の時期	④次回更新の時期
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	A・B1・B2	A・B1・B2	A・B1・B2	A・B1・B2
等級	⑤次回更新の時期	⑥次回更新の時期	⑦次回更新の時期	⑧次回更新の時期
	年 月	年 月	年 月	年 月
A・B1・B2	A・B1・B2	A・B1・B2	A・B1・B2	A・B1・B2



精神障がい者保健福祉手帳

交付日	①次回更新の時期	②次回更新の時期	③次回更新の時期	④次回更新の時期
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級
等級	⑤次回更新の時期	⑥次回更新の時期	⑦次回更新の時期	⑧次回更新の時期
	年 月	年 月	年 月	年 月
1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級	1級・2級・3級



医療助成

医療費の助成		受給期間	内容・病名など
重度障がい者医療		年 月 ~ 年 月	
自立支援医療	育成	年 月 ~ 年 月	
	更生	年 月 ~ 年 月	
	精神通院	年 月 ~ 年 月	
小児慢性特定疾患医療		年 月 ~ 年 月	



手当・障がい年金

手当・年金	受給期間
特別児童扶養手当	年 月 ~ 年 月
障がい児福祉手当	年 月 ~ 年 月
障がい年金 () 級	年 月 ~ 年 月
その他 ()	年 月 ~ 年 月
その他 ()	年 月 ~ 年 月

サービス利用の記録

< 障がい児通所・入所支援・障がい福祉サービス など >

利用している支援の内容がわかる決定通知書などを一緒にこのファイルにとじましょう。

〔 記入者 〕

サービスの種類	期間	年	月	日	～	年	月	日	(	歳	～	歳)
	支給量・利用量など											
	事業所名											
サービスの種類	期間	年	月	日	～	年	月	日	(	歳	～	歳)
	支給量・利用量など											
	事業所名											
サービスの種類	期間	年	月	日	～	年	月	日	(	歳	～	歳)
	支給量・利用量など											
	事業所名											
サービスの種類	期間	年	月	日	～	年	月	日	(	歳	～	歳)
	支給量・利用量など											
	事業所名											
サービスの種類	期間	年	月	日	～	年	月	日	(	歳	～	歳)
	支給量・利用量など											
	事業所名											

サービスの種類

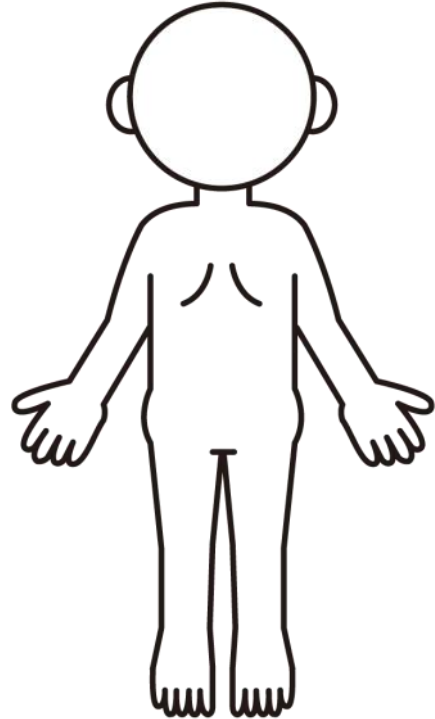
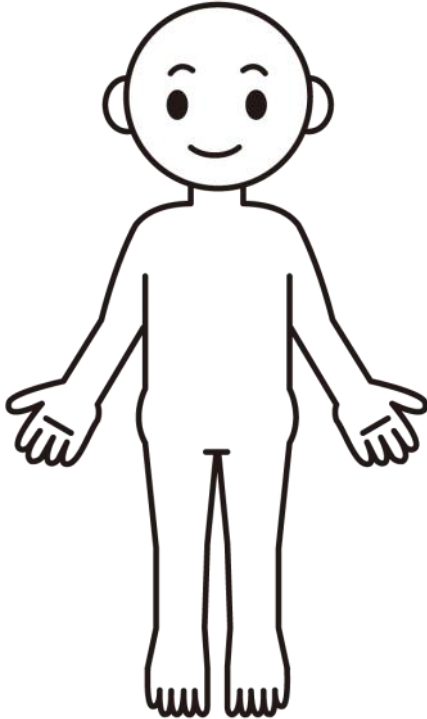
(福祉型)児童発達支援、(医療型)児童発達支援、放課後等デイサービス、(福祉型)障害児入所支援、(医療型)障害児入所支援、保育所等訪問支援、計画相談支援、障害児相談支援、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所(ショートステイ)、療養介護、重度障害者等包括支援、生活介護、共同生活援助(グループホーム)、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型・B型、移動支援、日中一時支援 など

からだの状態(医療的ケアなど)

◆身体の状態や医療的ケアが必要な部位などを記入しましょう

〔 記入者

〕〔 記入日 年 月 日 〕



◆処置や対応の内容 (○をしてください)

点滴の管理		経管栄養(経鼻・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)
ストーマの処置		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)
人工呼吸器		体位交換
気管切開の処置		その他()
疼痛の看護		その他()

◆訪問看護

事業所名	頻度	利用期間
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

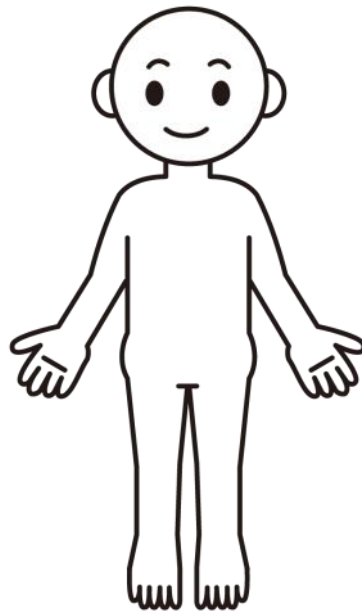
使用している補装具や福祉用具

〔 記入者 〕

〔 記入日 年 月 日 〕

(種類) _____ ◆ _____
事業所名 _____
連絡先 _____
支給年月 年 月 _____
備考 _____

(種類) _____ ◆ _____
事業所名 _____
連絡先 _____
支給年月 年 月 _____
備考 _____



(種類) _____ ◆ _____
事業所名 _____
連絡先 _____
支給年月 年 月 _____
備考 _____

(種類) _____ ◆ _____
事業所名 _____
連絡先 _____
支給年月 年 月 _____
備考 _____

(種類) _____ ◆ _____
事業所名 _____
連絡先 _____
支給年月 年 月 _____
備考 _____

(種類) _____ ◆ _____
事業所名 _____
連絡先 _____
支給年月 年 月 _____
備考 _____

種類

車いす、歩行器、義肢、装具、座位保持装置、訓練用ベッド、補聴器、眼鏡、入浴補助用具、頭部保護帽、
ネブライザー、電動式たん吸引器、パルスオキシメーター など

将来の暮らしプラン

学校卒業時などに将来のプランについて書きましょう。
福祉サービスなどの支援計画もこのファイルにとじておきましょう。

〔 記入者 〕
〔 記入日 年 月 日 〕

住む	1人で住む・家族と住む・グループホームで住む・施設に入所する など
働く・昼間の活動	進学する・会社に勤める・通所施設に通う・資格や免許をとる など
収入	給料・障がい者年金・手当 など
社会参加・余暇活動	趣味や楽しみ・ボランティア活動・友達との交流 など
医療	通院・入院・訪問介護・リハビリ など
福祉	ホームヘルプや短期入所(ショートステイ)・成年後見の利用 など
相談	相談支援事業所・サービス事業所・学校の先生 など

本人の目標とする暮らしプラン