



せつめいしょ
説明書

記入年月日 年 月 日

ふりがな ひこね 〇ろう
 しめい 氏名 ひこね 彦根 〇郎
 おとこ 男 女

せいねん がっぴ 生年月日 昭和 〇年 ▲月 △日
 しょうわ 平成

じゅうしょ 住所 〒 522-△△△△ 自宅 TEL 0749 - △△ - △△△△
 ひこね 彦根市〇〇町123-45 FAX - -

きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先 ぞくがら 続柄 はは 母 しめい 氏名 ふりがな ひこね 彦根 〇子 けいたい 携帯 090-0000-111△

① TEL 0749 - △〇 - △〇△〇 ないせん 内線 △■ そむ ぶ 総務部

かいしゃ めいどう 会社名等 □□株式会社 しごと ちゆう けいたい 携 工作中でも携帯受けられます

ぞくがら 続柄	しめい 氏名	れんらくさき 連絡先	かいしゃ じぎょうしょ めいどう 会社/事業所名等	びこう 備考
---------	--------	------------	---------------------------	--------

② そぼ 祖母 ふりがな あいしやう 愛荘 〇子 090-0000-222△

③ そふ 祖父 ふりがな あいしやう 愛荘 〇雄 0740-00-△△△△

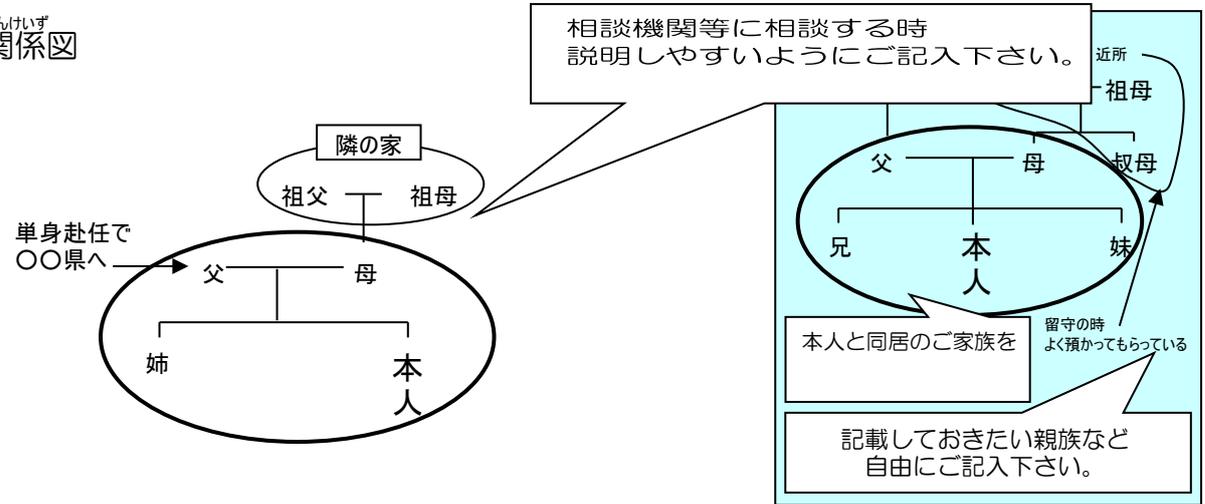
④ ふりがな

緊急時に
 早く連絡がつきやすい方
 早く連絡がつきやすい方法
 などを記入し入学時や施設
 利用時に活用できるように
 しましょう。

※緊急時に考慮してほしいことなど備考にご記入下さい。 ※家族以外の連絡先の記入も可能です。
 ※所属部署名や内線番号等つながりやすい方法をお願いします。

ぞくがら 続柄	かぞく しめい 家族氏名	せいねん がっぴ 生年月日	れんらくさき 連絡先	びこう 備考
ちち 父	ひこね かず 彦根 一〇	△年 △月 △日	090-0000-333△	たんしん 単身赴任
はは 母	ひこね こ 彦根 〇子	▲年 △月 ▲日	090-0000-111△	
あね 姉	ひこね み 彦根 〇美	△年 △月 △日		
		ねん 年 がつ 月 日		
そふ 祖父	あいしやう 〇お 愛荘 〇雄	△年 △月 △日	0740-00-△△△△	となり いえ 隣の家
そぼ 祖母	あいしやう 〇こ 愛荘 〇子	▲年 △月 ▲日	090-0000-222△	となり いえ 隣の家

家族関係図



せいいく れき
生育歴

ほし けんこう てちょう み きにゆくだ
※母子健康手帳を見ながらご記入下さい

しゅっさん よていび
出産予定日

△ ねん △ がつ △ にち
年 月 日

にんしんちゆう なに き
妊娠中、何か気になることはありましたか？

しゅっさんび
出産日

○ ねん ▲ がつ ▲ にち
年 月 日

ぶんべんじ じょうきょう
分娩時の状況

どうい 頭位 こつばんい 骨盤位

その他 ()

にんしん
妊娠

38 しゅう
週

とっき じこう
特記事項

たいじゆう
体重

▲▲▲▲

ぐらむ
g

きょうい
胸囲

○▲○▲

せんち
cm

しんちよう
身長

○▲○▲

せんち
cm

どうい
頭囲

▲▲▲▲

せんち
cm

とくべつ しよけん しよち
特別な所見・処置

しんせいじ かし
新生児仮死 → (そせい 蘇生)

ほし けんこう てちょう きさい ばあい わ はんい きにゆくだ
※母子健康手帳に記載がある場合(分かる範囲で)ご記入下さい

アプガールスコア (AP) _____ てん 点

しんせいじ ちようりよくけんさ
新生児聴力検査

う 受けた →

_____ ぶん 分後 _____ てん 点

いじょう 異常なし

う 受けてない

よう さいけんさ 要再検査

しゅっしよび げつころ なに き
出生時から3か月頃までに何か気になることはありましたか？

にゅうようじ けんしん じょうきょう
乳幼児健診の状況

4か月児健診

う 受けた

う 受けていない

きづいたことなど
()

10か月児健診

う 受けた

う 受けていない

(乳幼児健診の際に、質問した内容や回答などご記入下さい。)

1歳6か月児健診

う 受けた

う 受けていない

(身長が低いように思う。と相談すると
個人差があるので心配ないとの事だった。)

2歳6か月児健診

う 受けた

う 受けていない

()

3歳6か月児健診

う 受けた

う 受けていない

()

はったつ じょうきょう
発達状況

ほし てちやう さんこう わ はんい きにゆうた
※母子手帳を参考に分かる範囲でご記入下さい

ほにゆう
母乳（ミルク）をよく飲みましたか？

はい

いいえ

くび
首のすわり 4 か月頃

ねがえ
寝返り 5 か月頃

すわ
お座り 7 か月頃

はいはい 8 か月頃

ひとり歩き 1 歳 2 か月頃

あやすとわら
あやすと笑いましたか？

はい

いいえ

しせん あ
視線は合いましたか？

はい

いいえ

ひとみし
人見知りをしましたか？

はい

いいえ

おや あとお
親の後追いをしましたか？

はい

いいえ

ゆび
指さしをしましたか？

はい

いいえ

ママ、ブーブーなど意味のある言葉を話したのはいつ頃ですか？

1 歳 8 か月頃

「ワンワンいった」など、2つ以上の言葉を続けて話したのはいつ頃ですか？

2 歳 5 か月頃

いくじ しんぱい かんそう など じゆう きにゆう くだ
育児の心配、感想などを自由にご記入下さい

医療情報

体質

- かぜをひきやすい
 - かぶれやすい
 - 下痢をしやすい
 - 便秘をしやすい
 - よく吐く
 - 食物アレルギー
 - 薬アレルギー
- 部位 手、顔
- アレルギー原因は詳しくご記入下さい。
例) 卵(ハンバーグなどのつなぎでもダメ)
大豆(同じ工場で使用されていてもダメ)

生卵(完全に火が通っていれば大丈夫)

その他

食物、薬以外にもアレルギーや気をつける事をご記入下さい。
例) 肌が弱いのでハンドクリームなど使用しない
日光に当たり過ぎると赤くなる

持病

「ひきつけ」「気管支ぜんそく」など病名をご記入下さい。

病名 _____ 病院名 _____

発症時期 年 月 頃 歳 主治医 _____

特定疾患受給者証 (有・無) 小児慢性特定疾患受給者証 (有・無)

常用薬

薬の名前	処方目的	服用状況
例) ○○○ 22年 10月～	持病の薬	服薬時間 朝・昼・夕・ねる前・頓服 副作用等 ねむたくなる
年 月～		服薬時間 朝・昼・夕・ねる前・頓服 副作用等

日頃服用している薬があればご記入下さい。
処方目的とは、何の症状(病気)で服用するのかをご記入下さい。
お薬手帳を見ながらご記入下さい。

かかりつけ医療機関

診療科	病院名	主治医
内科	〇〇〇総合病院	〇〇 〇〇
耳鼻科	△△耳鼻科	△△ △△

大きな病気やけが

いつごろ	病名	医療機関	完治/継続
△年 △月頃 2歳	右腕骨折	〇〇病院	完治・継続
年 月頃 歳			完治・継続
年 月頃 歳			完治・継続
年 月頃 歳			完治・継続

気をつけてほしい症状、支援してほしいこと

持病の発作などの症状
 気をつけてほしい症状、対応法などあればご記入下さい。

例) ぜんそくの発作で咳、息切れ、呼吸ができなくなる事がある。ゆっくり腹式呼吸をさせ、周囲が不安がらないようにする。ひどく呼吸ができない場合はすぐに救急車を呼ぶ。

例) ひどく泣くと呼吸ができなくなる。あまり声をかけず、落ち

受診時にしてほしい事 (医師への伝え方、本人への伝え方など)

注射は我慢できるので、説明すれば暴れない。
 抑えつけるとかえって不安になり暴れるので説明しながら
 治療を進めてほしい。

待合室や診察室など注意しなければいけない事
 診察や処置をする際にどのように伝えと良いかなど
 ご記入下さい。

例) 医師が男性の場合、女性の方からの説明の方がよい。
 例) 本人にはいつも使用しているカードなどを使って説明してほしい。

福祉情報等

発達に関する診断

診断日 2×年0月 4歳	診断名 自閉スペクトラム症	病院名 〇〇〇医療センター	主治医名 〇〇
ねん 年 が 月 さい 歳			

重度心身障害者医療費受給者証 (あり・なし) (あり) (なし)

自立支援医療(精神通院)受給者証 (あり・なし) (あり) (なし)

精神科通院医療費(受給券/助成券) (あり・なし) (あり) (なし)

療育手帳 (あり・なし) (あり) (なし)

交付日	等級	次回判定時期	手帳番号
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	

精神障害者保健福祉手帳 (あり・なし) (あり) (なし)

交付日	等級	有効期限	手帳番号
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	
ねん 年 が 月 に 日		ねん 年 が 月 に 日	

身体障害者手帳 (あり・なし) (あり) (なし)

交付日	総合等級	障害名・部分級	再判定	手帳番号
ねん 年 が 月 に 日	しゅ 種 きゅう 級		あり・なし ねん 年 が 月	
ねん 年 が 月 に 日	しゅ 種 きゅう 級		あり・なし ねん 年 が 月	
ねん 年 が 月 に 日	しゅ 種 きゅう 級		あり・なし ねん 年 が 月	

自立支援医療(育成/更生医療) (あり・なし) (あり) (なし)

所属歴/相談歴

	園	福祉/支援機関等	保護者の思い/日常の様子	相談機関等の意見/提案
0才				
乳幼児	1			
	2			
3	幼稚園・保育 担任 △△		電車が好きで電車の本ばかり見ている。 食事の時などにやめさせようとするとひどく 暴れて困った。	
			よく走り回るが電車の本を見せると落ち着く	幼稚園の個別相談にて、園での様子を伺った。園でもよく走り回っている様子。 市町村の発達相談の提案があった。 市町村の発達相談を受けた。知能的には問題ない。
就学前期	4 担任 ○○			
		〇〇医療センター受診	診断を受けたがどう対応したらよいのかわからない	病院で「自閉スペクトラム症」と診断
5			10月 就学相談をした	
	担任 ○○			

家庭や幼稚(保育)園、学校での様子、相談内容や気になった事などご記入下さい。