

フェイスシート

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
居住地	〒		
	【自宅】 ()	【携帯】 ()	
	〒		
	【自宅】 ()	【携帯】 ()	
	〒		
保護者氏名			

【家族構成】 * お子さんを除く 同居家族以外でも支援できる方をご記入ください。

氏名	続柄	生年月	緊急の連絡先(携帯等)	備考 (可能な支援を具体的に)
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
【家族関係図】				

【生育歴】 胎生期・出生期・乳児期・幼児期

時期	項目	生育の状況
胎 生 期 ・ 出 生 期	出生児の父母の年齢	父（ 歳） 母（ 歳）
	妊娠中の母親の健康	健康・他（ ）・疾病（ ）
	妊娠中の薬の服用	無・有（ ）
	妊娠期間	在胎 月 日（予定より 日 早・遅）
	分娩	普通・逆子・鉗子・吸引・帝王切開・他（ ）
	胎児	普通・衰弱・仮死・双子・臍帯てん絡・他（ ）
	出生時の体重	（ g）
	泣き方	強・中・弱
	黄疸	普通・軽・重
	保育器使用	無・有（ 日）
乳 児 期	栄養	母乳・人工乳・混合乳
	発育状況	良い・普通・悪い
	離乳	歳 月
	首のすわり	歳 月
	歩き始め	歳 月
	かたことを言う（発語）	歳 月
	おむつがとれた時期	歳 月
	簡単な服を一人で着替える	歳 月
幼 児 期	発育状況	良い・普通・悪い
	知恵づき	早かった・普通・遅かった
	遊びの種類	
	心配だった行動の特徴・くせ	
	主な病気	
育 児 期	* <input type="checkbox"/> に✓(チェック)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 視線が合わなかった <input type="checkbox"/> 人見知りをしなかった <input type="checkbox"/> 動作の模倣をしなかった <input type="checkbox"/> 指さしをしなかった <input type="checkbox"/> 抱かれることを嫌がった <input type="checkbox"/> 母親の後追いをしなかった <input type="checkbox"/> 昼寝をしなかった、眠りが浅かった <input type="checkbox"/> 夜泣きが多かった <input type="checkbox"/> 育てやすくおとなしなかった <input type="checkbox"/> とても手がかかった <input type="checkbox"/> 友達とあまり遊ばなかった <input type="checkbox"/> 反抗期がなかった	
	【特記事項、気づいたこと 等】	

【保育・教育歴】 保育園・幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校等

	園名・学校名	備考 (転校など就学の場の変更等)
幼児期		
小学校 【小学部】		
中学校 【中学部】		
高等学校 【高等部】		

【相談歴】 保健・医療、療育、福祉、教育相談等

(例：保健センター、児童相談所、療育機関、児童デイサービスなど)

期 間	相談機関名	相談内容	担当者
年 月～ 年 月 (歳～ 歳)			
年 月～ 年 月 (歳～ 歳)			
年 月～ 年 月 (歳～ 歳)			
年 月～ 年 月 (歳～ 歳)			
年 月～ 年 月 (歳～ 歳)			
年 月～ 年 月 (歳～ 歳)			

【診 断】

診 断 名 ・ 月 日 (歳)		医療機関	医師氏名
年 月 (歳)			
【備考】療育・訓練等			
年 月 (歳)			
【備考】療育・訓練等			
脳波の異常	有 無 未実施	その他 (熱性けいれん等)	

【服 薬】

薬 剤 名	投 薬 期 間	医療機関	医師氏名
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
【医師の指示 等】			

【実施検査】 知能検査・発達検査等

検査内容・検査名	検 査 日	実施機関	検 査 結 果
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

【手 帳】 再交付も記入してください。

手 帳 名 ・ 等 級	交付年月日
療育手帳 () ・ 身体障害者手帳 ・ (手帳) 種 級	年 月 日
療育手帳 () ・ 身体障害者手帳 ・ (手帳) 種 級	年 月 日
療育手帳 () ・ 身体障害者手帳 ・ (手帳) 種 級	年 月 日