垂 井 町

**生活支援ノート**

すくすく

**記入例**

**プロフィール**

**生年月日　平成○○年○月○日　生まれ**

**性別　　　　男　　・　　女　　　　　　 血液型　　　　A型**

**住所　　　　〒５０３－２１９３　垂井町宮代２９５７番地の１１**

**電話　０５８４－２２－１１５１**

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **本人との関係** | **電話** |
| **第１連絡先** |  | **母** | 090－○○○○－○○○○ |
| **第２連絡先** |  | **祖父（母方）** | 080－○○○○－○○○○ |

**既往症がある場合は記入しましょう。**

**既往症名**

**家族構成**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **続柄** | **生年月日** |
|  | **父** | **昭和〇〇年〇月〇日** |
|  | **母** | **昭和☆☆年☆月☆日** |
| **つばき** | **妹** | **平成★★年〇月〇日** |
|  | **祖父** | **昭和△△年〇月〇日** |
| **まる子** | **祖母** | **昭和□□年☆月☆日** |
|  |  |  |

**生い立ち**

**妊娠期から出産、乳児期までの様子を書きとめておきましょう。**

**該当する項目には□に☑ や○をつけましょう。**

**＊妊娠の様子**

**母の既往歴**

**☑ なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**妊娠経過**

**☑ 良好　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**出産予定日　（○○）年（ ○ ）月（ ○ ）日**

**母子健康手帳を見て記入しましょう。**

**母子健康手帳をコピーして**

**貼り付けてもいいでしょう。**

**＊出産の様子（母子健康手帳の「出産の状態」のページを貼るのもよいです）**

**妊娠期間（ 40 ）週（ 0 ）日**

**分娩経過（頭囲・骨盤位・その他　　　　　　　）**

**特記事項**

**分娩方法　経膣分娩（自然・誘発・無痛・その他　　　　　　　　　）**

**帝王切開（緊急・予定）**

**出産の場所（　××クリニック　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**出産時の計測値**

**体重（　3,000　）g　　身長（　　50　　）cm**

**頭囲（　　35　　）cm　胸囲（　　35　　）cm**

**出生直後の状況**

**□良好　□仮死　□貧血　□黄疸（光線療法 有・無）**

**☑ 呼吸に関する異常（　　△△△　　）　　□循環に関する異常（　　　　　　）**

**□その他　（　　　　　　　　 　　　）**

**☑ 保育器（　3日）　　□NICU入院（　３日）**

**特記事項（泣くのが遅かったなど）**

**＊発達経過**

**○動くものを目で追う・・・・（　　　）歳（　2　）か月**

**○あやすと笑う・・・・・・・（　　　）歳（　3　）か月**

項目に対して

できるようになった

月齢や年齢を

記録しましょう。

**○首がすわる・・・・・・・・（　　　）歳（　4　）か月**

**○ガラガラを握る・・・・・・（　　　）歳（　4　）か月**

**○ねがえり・・・・・・・・・（　　　）歳（　5　）か月**

**○ひとりすわり・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○はいはい・・・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○人見知り・・・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○つかまり立ち・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○つたい歩き・・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○一人歩き・・・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○指さし・・・・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○歯の生え始め・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**○ことばのいいはじめ**

**喃語（ブー、ダーダなど意味をもたないことば）・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**発語（マンマ、ブーブなど意味のあることば）・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**二語文（マンマちょうだいなど）・・・・・・・・・・（　　　）歳（　　　）か月**

**＊育てにくさを感じることはありましたか？（離乳食がうまく進まなかったなど）**

**該当があれば記入しましょう。**

**＊今までに相談や検査を受けたことはありますか？**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **日付（年齢）** | **機関** | **内容や結果** |
| **（例）**  **○○年○月○日（4か月）**  **○○年○月○日（６か月）**  乳児期や入園前の記録を  書きましょう。 | **（例）**  **△△△病院　××科**  **垂井町役場　●●課** | **（例）**  **◎◎◎の検査を受けた結果、●●●と診断された。**  **相談に行ったら□□□という制度を紹介された。** |

**乳幼児シート**

**（年齢　　　才　　　か月　）　記入日　　　　　　　　 記入者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **園　名** | |  | | | **入　園** | | **年　　月** | | **卒(退)園** | | **年　　月** |
| **ことばの教室　□有　□無** | | | | | **入　室** | | **年　　月** | | **卒(退)室** | | **年　　月** |
| **相談支援事業所の利用 □有 □無**  **福祉サービスを利用している場合に記入しましょう。**  **児童発達支援事業所の利用**  **□有 □無** | | | **事業所名（　　　　　　　　　　　　）担当者（　　　　　　　　　　）**  **開始日　　　年　　　月　　　日　　　終了日　　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | |
| **事業所名（　いずみの園　　　　　　）担当者（　　　　　　　　　　）**  **入所日　　　年　　　月　　　日　　　退所日　　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | |
| **事業所名（　　　　　　　　　　　　）担当者（　　　　　　　　　　）**  **入所日　　　年　　　月　　　日　　　退所日　　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | |
| **発達相談**  **相談したことがある場合はその内容を記入しましょう。**  **□有　□無** | | | **機関名** | **相談内容** | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| **医療機関受診**  **□有　□無**  **かかりつけの医療機関がある場合は記入しましょう。** | | | **病院名** | **診察日** | | | | **診察内容・医師名　等** | | | |
|  | 年　　月　　日（新・継） | | | |  | | | |
|  | 年　　月　　日（新・継） | | | |  | | | |
|  | 年　　月　　日（新・継） | | | |  | | | |
| **手帳**  **□有　□無**  **手帳をお持ちの場合は記入しましょう。** | | | **手帳名** | | | **等級** | | **交付年月日** | | | |
| 身体障害者手帳 | | | 級 | | 年　　　月　　　日（新・継） | | | |
| 療育手帳 | | | 級 | | 年　　　月　　　日（新・継） | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | 級 | | 年　　　月　　　日（新・継） | | | |
|  | **現状** | | | | | | | | | **有効な支援** | |
| **基本的な　　　生活習慣** | １　食事（全介助／半介助／自立）  （手づかみ／フォーク・スプーン／補助箸／はし）  ２　排泄（自立／オムツ使用：終日、夜間）  ３　衣服（自立／脱げない／着られない）  ４　睡眠（就寝時刻　　：　　／起床時刻　　：　　／不規則）  5　片づけ（自立／半介助／全介助） | | | | | | | | | 項目に対して当てはまる内容に○を付けたり、記入したりしましょう。 | |
| **感覚** | 6　ブランコや高い場所を怖がる　　　　　　　　　（はい・いいえ）  上手くいったことや手応えのあった支援を記入しましょう。  7　触覚（鈍感／普通／過敏）  8　力の加減（弱い／普通／強い）  9　温痛覚（鈍感／普通／過敏）  10　嗅覚（普通／過敏）  11　味覚：偏食（有／無）  12　聴覚：耳塞ぎ（有/無）・音を嫌がりその場から離れる（有/無） | | | | | | | | | （例）  ・大きな音が怖いけど、音が鳴ることを事前に教えてもらえれば大丈夫 | |
| **運動** | 13 よく転ぶ　　 　　　　（はい・いいえ）  14　姿勢維持できずすぐにもたれかかる 　 　　　　（はい・いいえ）  15　４歳５歳で片足ケンケン、スキップができない　（はい・いいえ）  16　４歳でボタンのかけ外し、折り紙、はさみなどができない（はい・いいえ） | | | | | | | | |  | |
| **対人コミュ二ケーション相互交流** | 17 誰となら一緒に行動できますか。  こども同士（１人を好む／きょうだい／気に入った特定の子／  クラスのみんな）  大人（親／クラスの先生／園の他の先生／親戚の人）  18 ごっこ遊びや物まね遊びがみられない　　　　　　（はい・いいえ）  19 表情や身振りなどで、気持ちを伝えることが難しい（はい・いいえ） | | | | | | | | |  | |
| **言語活用** | 20 言葉の理解（言語指示で理解できる／物と言葉が結びつく／  動作と言葉が結びつく）  21 話し言葉[意味のある言葉は話せない／  音やイントネーションの真似をする／  1語文（例：ワンワ、マンマ）／  ２語文（例：ワンワきた、マンマちょうだい）］  22 問いに対する応答（一方的／オウム返し／自由な意思） | | | | | | | | |  | |
| **社会適応**  （不注意・衝動性・多動性・気持ちのコントロールなど） | 23 そわそわする 　　　　　　　　　　　 　　　　（はい・いいえ）  24 すぐに離席する 　　　　　　　　 　　　　　　（はい・いいえ）  25 初めての場面や活動をいやがる　　　　　　　　（はい・いいえ）  26 一方的にしゃべる　　　　　　　　　　　　　　（はい・いいえ）  27 質問が終わらないうちに答える　　　　　　　　（はい・いいえ）  28 順番を待てない　　　　　　　　　　　　　　　（はい・いいえ）  29 他の人がしていることが気になり手を出す　　　（はい・いいえ）  30 気が散りやすい　　　　　　　　　　　　　　　（はい・いいえ）  31 自分流のルールに変える　　　　　　　　　　　（はい・いいえ）  32 1番へのこだわりがみられる　　　　　　　　　（はい・いいえ）  33 気持ちの切り替えが難しい　　　　　　　　　　（はい・いいえ）  34 あやまちに対して謝れない　　　　　　　　　　（はい・いいえ）  35 困った時に援助を求めることが難しい　　　　　（はい・いいえ）  36 不安が強く親から離れられない　　　　　　　　（はい・いいえ）  37 初めてあった人にも話しかける　　　　　　　　（はい・いいえ） | | | | | | | | |  | |

**その他　好きなこと、得意なこと、特に知ってほしいこと、気になっていること、服薬のあるなしや種類など**

|  |
| --- |
| ・日々の出来事で、うれしかったことやびっくりしたこと、気になっていることなど、書きとめておきましょう。  ・お薬を飲んでいた又は飲んでいる場合に記入しましよう。お薬手帳をコピーして貼り付けるのもいいでしょう。 |

**小学校1・2年シート**

**（年齢　　７才　　０か月　）　記入日　R○年○月○日 記入者　　　　母**

**（年齢　　８才　　０か月　）　記入日　R○年○月○日 記入者　　　　母**

・記入時期を決めましょう。

節目で定期的に書くようにするとよいでしょう。

・記入日現在の年齢を記入してください。

・年齢毎に色を変えて記入すると、区別しやすくなります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学校名（　　　○○小学校　　　　　）担任名（　　　　　　　　　　　　　　　）**  **学校名（　　　○○小学校　　　　　　　）担任名（　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | |
| * **通常学級　　□　特別支援学級（　□情緒　□知的　□その他〈　　　　　　〉 ）** * **特別支援学校　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）** | | | | | | |
| **通級指導教室の**  **利用　□有　□無** | | **□言語　□LD・ADHD等　□その他　　教室名（　　　　　　　　　　）**  **通級開始日　　　年　　　月　　　日　　退休日　　　　年　　　月　　　日** | | | | |
| **発達相談**  **□有　□無** | | **機関名** | **相談内容** | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| **医療機関受診**  **□有　□無** | | **病院名** | **診察日** | | **診察内容・医師名　等** | |
|  | 年　　月　　日（新・継） | |  | |
|  | 年　　月　　日（新・継） | |  | |
| **相談支援事業所の利用 □有 □無** | | **事業所名（　　　　　　　　　　　　）担当者（　　　　　　　　　　）**  **開始日　　　年　　　月　　　日　　　終了日　　　　年　　　月　　　日** | | | | |
| **放課後等デイサービス事業所の利用**  **□有　□無** | | **事業所名** | **入所日** | | **退所日** | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | |
| **手帳**  **□有　□無** | | **手帳名** | | **等級** | **交付年月日** | |
| 身体障害者手帳 | | 級 | 年　　　月　　　日（新・継） | |
| 療育手帳 | | 級 | 年　　　月　　　日（新・継） | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | 級 | 年　　　月　　　日（新・継） | |
|  | **現状** | | | | | **有効な支援** |
| **基本的な生活習慣** | １　食事（全介助／半介助／自立）  （手づかみ／フォーク・スプーン／はし）  ２　排泄（自立／オムツ使用：終日、夜間）  ３　衣服（自立／脱げない／着られない／ボタン不能）  ４　洗面、入浴（自立／半介助／全介助）  ５　睡眠（就寝時刻２１：３０／起床時刻７：００／不規則）  ２１：５０  ６：５０  ６　登校準備（自立／半介助／全介助）  ７　片づけ（自立／半介助／全介助）  ８　時や場に応じたあいさつができない　　　　　　（はい・いいえ） | | | | |  |
| **感覚** | ９　バランスや姿勢保持の感覚  ブランコやトランポリン等ゆれるものを怖がる（有/無）  10 触覚（鈍感／普通／過敏）  11 力の加減（弱い／普通／強い）  12 温痛覚（鈍感／普通／過敏）  13 嗅覚（普通／過敏）  14 味覚　偏食（有／無）  15 聴覚　耳塞ぎ（有/無）：音を嫌がりその場から離れる（有/無） | | | | |  |