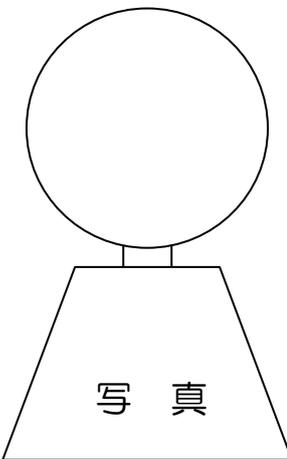


# 本人の紹介

記入日： 年 月 日 記入者：

ふりがな		愛称	性別	生年月日				
氏名			男・女	年 月 日				
 <p>写真</p> <p>お子さんの写真を貼ってね。</p>		住所・電話	〒					
			電話 ( )					
		緊急連絡先	〒					
電話 ( )								
順	氏名		続柄	連絡先				
①				( )				
②			( )					
③			( )					
家族状況	氏名	生年月日	続柄	連絡先等	氏名	生年月日	続柄	連絡先等
アレルギー	無・有	<内容> <様子や対応など>						
医療的ケア	無・有	<内容> <様子や対応など>						
服薬	無・有	<薬の種類>                      <服薬回数、服薬方法> 朝・昼・夕・夜・その他 ( )						

※成長や状況の変化によって、2枚目、3枚目と追加してお使いください。

成 育 歴	妊娠経過：		
	出産場所：		
	分娩経過：		
	在胎 週 日、出生時体重 g、身長 cm、胸囲 cm、頭囲 cm		
	発達経過：首すわり か月、寝返り か月、お座り か月、ハイハイ か月		
	つかまり立ち か月、つたい歩き か月、独歩 歳 か月、始語 歳 か月		
健 診 歴	健 診 名	受 診 日	特 記 事 項
	4か月児 健康診査	年 月 日	
	8～10か月児 健康診査	年 月 日	
	1歳6か月児 健康診査	年 月 日	
	2歳児歯科 健康診査	年 月 日	
	3歳児 健康診査	年 月 日	
	就学児 健康診査	年 月 日	
既 往 歴	病名	医療機関	かかった時期 年 月
	病名	医療機関	かかった時期 年 月
	病名	医療機関	かかった時期 年 月
	病名	医療機関	かかった時期 年 月
	病名	医療機関	かかった時期 年 月
	病名	医療機関	かかった時期 年 月
	病名	医療機関	かかった時期 年 月
予 防 接 種	定 期 接 種		定期外接種（任意接種）
	B C G		ロタウイルス
	ヒブワクチン		B型肝炎
	肺炎球菌		水痘（水ぼうそう）
	四種混合	初回（1回・2回・3回）・追加	おたふくかぜ
	三種混合	初回（1回・2回・3回）・追加	
	不活化ポリオ	初回（1回・2回・3回）・追加	
	二種混合		
麻疹・風疹（MR）	1期・2期		
日本脳炎	1期初回（1回・2回）・1期追加・2期		
子宮頸がん			

主な医療機関	診療科	病院名	担当医師名	内容

手帳等	診断名			
	-----		-----	
	身体障害者手帳		療育手帳	
	交付 年 月 日 視・聴・肢体・内部 ( 種 級 )	交付 年 月 日 ( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 )		
	交付 年 月 日 視・聴・肢体・内部 ( 種 級 )	交付 年 月 日 ( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 )		
交付 年 月 日 視・聴・肢体・内部 ( 種 級 )	交付 年 月 日 ( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 )			
その他				

**このファイルを読まれる方へ** ～保護者からのお願い～  
 子どもの年齢 ( 歳 )

※支援者の方に必ず伝えたいことや、性格・個性、注意事項などをご記入してください。

