

教育・発達総合相談申込書  
(昭島市子育てサポートファイル プロフィール兼用)

記入日：令和 年 月 日 (子ども年齢： 歳 ヶ月)

①本人と家族の基本情報

ふりがな お子さんの 氏名		性別	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
保護者 (記入者)の 氏名		続柄		電話番号	自宅： 携帯：	
住所	〒 東京都昭島市					
家族 構成	続柄	氏名	年齢	同居・別居	職業・勤務先・所属(学校)等	
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		

②主な所属機関・療育機関・医療機関等

所属先名称		<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高(等)学校	学年組等	
			担任氏名	
主な通所先	利用事業者名	サービス内容	具体的な内容・担当者等	
主な受診先	医療機関名	診療科	受診内容・主治医等	

③相談のきっかけ・内容

相談した きっかけ	
困っている こと・相談 したい内容 (具体的に)	

<連携について>

同意欄	お子さんの発育・発達を支援する相談業務において、お子さんの所属機関・関係機関等と、連携*を行うことについて、 <u>同意します</u> ・ <u>同意しません</u> ・ <u>相談してから考えます</u> 令和 年 月 日 氏名
-----	---

\*連携の例：学校や園に生活状況を確認する、療育機関に支援状況を確認する、保健福祉センターに健診情報を参照する等。

④診断・手帳の取得状況等

診断名		診断年月日	医療機関名	医師名
		年 月 日		
		年 月 日		
手帳の種類	有無	等級	交付年月日	次回判定日
愛の手帳	有 ・ 無	度	年 月 日	年 月 日
身体障害者手帳	有 ・ 無	度	年 月 日	年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	有 ・ 無	度	年 月 日	年 月 日

⑤妊娠・出産の様子

妊娠中の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
分娩経過	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 無痛分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
在胎週数	週 日	出生体重	g	出生身長	cm
出生後の経過	新生児化死 (無・有) 黄疸 (無・光線療法・交換輸血) 保育器使用 (無・有) 酸素投与 (無・有) けいれん (無・有) その他 ( )				

⑥発達の経過

運動発達	首すわり	ヶ月	寝返り	ヶ月	お座り	ヶ月
	はいはい	ヶ月	つたい歩き	ヶ月	一人歩き	ヶ月
精神発達	あやすと笑う	ヶ月	人見知り	ヶ月	バイバイと手を振る	ヶ月
	指差し	ヶ月	始語	ヶ月	2語文	ヶ月

⑦生活の様子

食事	<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い <input type="checkbox"/> あまり噛まない				
排泄	排尿の自立 歳 ヶ月		排便の自立 歳 ヶ月		
睡眠	<input type="checkbox"/> よく寝る <input type="checkbox"/> あまり寝ない <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜泣きがある <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 夜中に目覚める <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い				
コミュニケーション	視線(合う・合いづらい) 人見知り(ない・ある)		人との関わり(好き・普通・苦手) 表情(豊か・普通・あまり変わらない)		
気持ち・行動	<input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが難しい <input type="checkbox"/> 落ち着きがない・動きまわる <input type="checkbox"/> 怒りっぽい		<input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> かんしゃくが激しい <input type="checkbox"/> 神経質などところがある		
過敏性	大きな音が苦手(ある・ない・わからない) 光に敏感(ある・ない・わからない)		手が汚れるのが苦手(ある・ない・わからない) 体に触れられるのが苦手(ある・ない・わからない)		
くせ・習慣	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 吃音(どもり)		<input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 貧乏ゆすり <input type="checkbox"/> 性器いじり		<input type="checkbox"/> こだわり( ) <input type="checkbox"/> パニック( ) <input type="checkbox"/> 自傷( )

⑧病歴・アレルギー

今までかかった病気	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> みずぼうそう(水痘) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他( )				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー( ) <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー( )		<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他( )		

No. 3～4のシートは、お子さんの普段の様子をより詳しく記録できるシートです。関係機関にシートを提示（またはコピーを渡す）ことで、お子さんの情報をスムーズに共有することができます。

記入日：令和 年 月 日（子ども年齢： 歳 ヶ月）

⑨身体の状況と医療的ケア

視力	<input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 眼鏡 弱視・斜視・ 乱視・その他	備考：	吸入・吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他	備考：
聴力	<input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 補聴器 (右・左)	備考：	経管栄養・ 胃ろう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他	備考：
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：	備考：	投薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	備考：
発作	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	備考：	その他	備考：	

⑩生活の自立とセルフケア

食事	介助	<input type="checkbox"/> 1人で食べる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事に 使うもの	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他	備考：
	食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ぎざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食	好きな食べ物 嫌いな食べ物	好き（ 嫌い（	) )	
排泄	介助	<input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ	詳細：		尿意・便意の 意思表示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
睡眠	睡眠時間	起床時間 ( 時 分) 就寝時間 ( 時 分)	睡眠リズム	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則	昼寝	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
着脱	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	靴の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	ボタンの 着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
保清	入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) ----- <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌がる	手洗い	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			洗顔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歯磨き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	室内の移動	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> 歩く（自立・見守り ・補助具使用） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> バギー	屋外の移動	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 歩く（自立・見守り ・補助具使用） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> バギー	備考：	
その他 手伝いが必要なこと						

⑪ことばや表現

ことば	ことばの表出	話せることば等： <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 一語文 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 多語文			
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> 単語での話が分かる <input type="checkbox"/> 簡単な指示を理解できる <input type="checkbox"/> 文章での話が分かる	<input type="checkbox"/> 身近な物の名前を理解している <input type="checkbox"/> 絵カードや写真などツールがあれば分かる <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	ことばの特徴	<input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> オウム返し <input type="checkbox"/> 話が一方的	<input type="checkbox"/> 数少ない <input type="checkbox"/> おしゃべり <input type="checkbox"/> 子ども独自のことばを話す <input type="checkbox"/> 同じことばを繰り返す	備考：	
表現	感情表現	<input type="checkbox"/> 感情表現が豊か <input type="checkbox"/> 感情が分かりにくい	意思表示	<input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 指差し <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> サイン	<input type="checkbox"/> 腕を引く(クルーン) <input type="checkbox"/> ことばで伝える <input type="checkbox"/> その他 ( )

⑫好きなこと・苦手なこと

遊びの様子	<input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> 静かに遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> 体を動かす遊びが好き <input type="checkbox"/> 1つの遊びやおもちゃに集中する <input type="checkbox"/> 複数の遊びやおもちゃを転々とする	好きな遊び・活動・おもちゃ	
苦手なこと・活動・場所	配慮して欲しいこと等： <input type="checkbox"/> 初めての場所 <input type="checkbox"/> 初めての人 <input type="checkbox"/> 予定の変更 <input type="checkbox"/> 活動の切り替え場面		
落ち着く物・場所		安心する関わり	
得意なこと 頑張っていること		興味のあること	

⑬1日のスケジュール

(睡眠・昼寝・食事・おやつ・お風呂・通園通学・遊び・学習の時間などを記載してください)

時間	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	0時
平日のスケジュール										
休日のスケジュール										
備考 (曜日による予定の違い等)										

※プロフィールシートは、お子さんの成長発達に応じて更新してください。書式は、教育・発達総合相談事務室で配布しています。市のHPからダウンロードもできます。