

プロフィール

ふりがな	ちくぜん たろう	愛称	たろうくん
氏名	筑前 太郎 (男) 女	いつも呼ばれて いる呼び名	
		生年月日	H19年12月12日
住所	〒838- 福岡県朝倉郡筑前町 OO OO番地 ☎ ( )		

家族状況

続柄	氏名	ふりがな	生年月日	職業・特記事項
父	筑前 一郎	ちくぜん いちろう	S49. 1 . 1	会社員
母	筑前 花子	ちくぜん はなこ	S50. 2 . 2	主婦
弟	筑前 次郎	ちくぜん じろう	H21. 3 . 3	OO幼稚園
祖母	筑前 梅子	ちくぜん うめこ	S 23. 4 . 4	無職

緊急連絡先

順位	氏名	続柄	連絡先 (電話・携帯)	備考
1	筑前 花子	母	090-0000-0000	
2	筑前 一郎	父	090-0000-0000	
3	筑前 梅子	祖母	00-0000	

手帳・医療補助など

身体障害者手帳	交付 年 月 日 ( 級: 障害名 )
	交付 年 月 日 ( 級: 障害名 )
療育手帳	持っている手帳について記入してください。
	交付 年 月 日 (A1・A2・A3・B1・B2)
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ( 1 ・ 2 ・ 3 級)
小児慢性特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )

成育歴（シート②）

妊娠・出産時の状況

妊娠時の状況	問題の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 貧血・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・切迫流産・切迫早産 その他（ ）			
出産時の状況	出産時の異常の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 帝王切開・吸引分娩・その他（ ）			
	在胎週数（ <b>38</b> 週 <b>5</b> 日）			
生まれた場所	体重 <b>3.000</b> g	身長 <b>50</b> cm	胸囲 <b>35</b> cm	頭囲 <b>35</b> cm
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死状態 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 異常呼吸 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input checked="" type="checkbox"/> 黄疸			

乳幼児期の状況

お乳の飲み方はどうでしたか？	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱かった <input type="checkbox"/> その他（ ）
あやすと笑いましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい（      か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
人見知りをしましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい（      か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
親の後追いをしましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい（      か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
指さしをしましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい（      か月から） <input type="checkbox"/> いいえ
視線の合わせ方はどうでしたか？	<input checked="" type="checkbox"/> よく合った <input type="checkbox"/> 合うこともある <input type="checkbox"/> 合いにくかった
目つきや目の動き、物を極端に近づけて見るなど、目について気になることはありましたか？	<input type="checkbox"/> はい（      歳      か月の頃・内容      ） <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
聞こえについて気になることがありましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい（ <b>2</b> 歳      か月の頃・内容 <b>名前を呼んでも振り向かない</b> ） <input type="checkbox"/> いいえ
初めて言葉をいったのは？ （ママ・ワンワン等）	<b>1</b> 歳      か月頃（言った言葉： <b>ママ、パパ</b> ）
2つ以上言葉を続けて言ったのは？ （ママだっこ等）	<b>2</b> 歳 <b>6</b> か月頃（言った言葉： <b>ワンワンきた</b> ）
運動発達	・首のすわり（ <b>4</b> か月）      ・寝返り（ <b>5</b> か月）      ・お座り（ <b>7</b> か月） ・はいはい（ <b>8</b> か月）      ・つかまり立ち（ <b>10</b> か月）      ・ひとり歩き（ <b>12</b> か月）
育児で気になったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 気持ちの切りかえができない <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> その他 [      ]

乳幼児健診の結果（シート③）

1 か月児健診 <b>H20年 1月 6日</b> (場所: <b>〇〇産婦人科</b> ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 <b>4,000</b> g	身長 <b>55</b> cm	胸囲 <b>37</b> cm	頭囲 <b>37</b> cm
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )			
	特記事項			
4 か月児健診 <b>H20年 5月 9日</b> (場所: <b>筑前町</b> ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 <b>8,000</b> g	身長 <b>65</b> cm	胸囲 <b>44</b> cm	頭囲 <b>44</b> cm
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )			
	特記事項			
10 か月児健診 <b>H20年 11月 9日</b> (場所: <b>筑前町</b> ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 <b>9,900</b> g	身長 <b>75</b> cm	胸囲 <b>47</b> cm	頭囲 <b>46.5</b> cm
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )			
	特記事項			
1歳6か月児健診 <b>H21年 7月 10日</b> (場所: <b>筑前町</b> ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 <b>11</b> kg	身長 <b>80.5</b> cm	頭囲 <b>49</b> cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 ( )			
	特記事項 ・単語がでない			
3歳児健診 <b>H23年 1月 10日</b> (場所: <b>筑前町</b> ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 <b>15</b> kg	身長 <b>95</b> cm	頭囲 <b>52</b> cm	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察		目の検査 (異常なし) 要観察・ ( )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 要医療 (ことばの遅れ)		耳の検査 (異常なし) 要観察・ ( )	
	特記事項 ・ことばの遅れで〇〇へ紹介状			
就学前健診 <b>H25年 10月 14日</b> (場所: <b>筑前町</b> ) <input type="checkbox"/> 受けていない	体重 <b>23</b> kg	身長 <b>118</b> cm		
	<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察		目の検査 (異常なし) 要観察・ ( )	
	<input type="checkbox"/> 要医療 ( )		耳の検査 (異常なし) 要観察・ ( )	
	特記事項			

# 定期予防接種

医療情報（シート④-1）

BCG	年 月 日					
ヒブ	初回（1回・2回・3回）・追加					
肺炎球菌	初回（1回・2回・3回）・追加					
四種混合	1期初回（1回・2回・3回）・追加	二種	年 月 日			
三種混合	<b>接種したものに○をつけるか、日付を記入しましょう。</b>					
不活化ポリオ						
麻しん・風しん (MR)				1期 2期	(水ぼうそう)	初回 追加
日本脳炎				1期初回（1回・2回）・1期追加・2期		
子宮頸がん	1回・2回・3回					

アレルギーについて あり ・ なし

内容・対応 <b>卵(火を通したものは食べられる)</b> <b>小麦、乳、ピーナッツ(完全除去)</b>
---

気をつけてもらいたい病状 (ひきつけ、心臓病、ぜんそく、てんかんなど)

病名	症状 <b>てんかん発作</b>	医療機関名 <b>〇〇病院 小児科</b>
<b>てんかん</b>	対応 <b>5分以上の発作の場合、受診(〇〇病院)が必要と言われているため、発作時はすぐに緊急連絡先に連絡をください。</b>	
病名	症状	医療機関名
	対応	
病名	症状	医療機関名
	対応	
病名	症状	医療機関名
	対応	



教育歴（シート⑤-1、2）

【就学前】

歳	保育所、幼稚園等の名称	特記事項（担任氏名など）
0歳	〇〇保育所	〇〇先生
1歳	〇〇保育所	〇〇先生
2歳	〇〇保育所	〇〇先生
3歳	〇〇保育所	〇〇先生
4歳	〇〇保育所	〇〇先生
5歳	〇〇保育所	〇〇先生

【小学校、特別支援学校小学部】

学年	学校名	特記事項（担任氏名など）
1年	〇〇小学校	〇〇先生
2年	〇〇小学校	〇〇先生
3年	〇〇小学校	〇〇先生
4年	〇〇小学校	〇〇先生
5年	〇〇小学校	〇〇先生
6年	〇〇小学校	〇〇先生

学校生活の状況（シート⑥-1、2、3）  
 [保育所・幼稚園・小学校・中学校]

記入年月日	〇〇年 〇月 〇日（ 〇歳 〇か月）	記入者名	筑前花子(母)
-------	--------------------	------	---------

※支援を要する項目に☑を入れ、該当項目に関する状況や有効な支援等を記入しましょう。

項目	要支援	保育所・幼稚園での様子	有効な支援など
感覚過敏	☑	視覚・聴覚・触覚・嗅覚などに関する感覚過敏など	支援が必要な場合の有効な支援方法を記入してください。
危険行為	☑	交通、危険な場所や高所への立入、火気や刃物の使用、異色など	↓
パニック	☑	大声を出す、暴れる、動かなくなる、等のパニックの有無など	
こだわり	☑	物を並べる、順番や時間にこだわる、などの具体的な様子	
指示理解	☑	支持の理解・遂行など	
注意持続	☑	注意の持続、不注意など	
多動・衝動	☑	多動性、衝動性の有無など	
集団参加	☑	困ったときの意思表示の有無、方法など	
対人関係	☑	先生や友達とのかかわりなど	
日常会話	☑	会話の成立など	
意思伝達	☑	言葉、身振り、サイン、絵・文字カードの使用など	
文字・数	☑	読む、書く、計算する、推論するなど	

その他、特記事項があれば記入してください。

学校生活の状況（シート⑥-4）  
[高等学校 年]

記入年月日	〇〇年 〇月 〇日（ 〇歳 〇か月）	記入者名	筑前花子(母)
-------	--------------------	------	---------

※支援を要する項目に☑を入れ、該当項目に関する状況や有効な支援等を記入しましょう。

項目	要支援	高校での様子	有効な支援など
自己理解	☑	自分の強み、弱みの理解など	支援が必要な場合の有効な支援方法を記入してください。
環境調整	☑	環境を調整する必要性の有無など	
諸手続き	☑	講義の選択や単位履修、その他諸手続きに関する支援の有無など	
計画性	☑	見通し、計画性など	
交通機関	☑	公共交通機関の利用など	
指示理解	☑	支持の理解・遂行など	
困ったときの意思表示	☑	困ったときの意思表示の有無、方法など	
対人関係	☑	先生や友達とのかかわりなど	
日常会話	☑	会話の成立など	
意思伝達	☑	言葉、身振り、サイン、絵・文字カードの使用など	
読み・書き 計算・推論	☑	読む、書く、計算する、推論するなど	↓

その他、特記事項があれば記入してください。



相談・訓練・福祉サービス歴（シート⑦）

年月日・期間 年齢	<b>H23.4.20～H26.3月</b> ( 3歳 4か月～ 6歳 3か月)	機関名 (担当者名)	<b>〇〇学園 (担当〇〇さん)</b>
内 容			
支援内容 アドバイスなど	<b>・H23.3月 〇〇との診断</b> <b>・週1回の集団訓練、月1回個別訓練</b>		
年月日・期間 年齢	<b>H26.4月～</b> ( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	<b>〇〇事業所</b>
内 容	<b>放課後等デイサービス</b>		
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			
年月日・期間 年齢	( 歳 か月～ 歳 か月)	機関名 (担当者名)	
内 容			
支援内容 アドバイスなど			

病歴の詳細（シート⑧）

（傷病名が複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。）

傷病名	1 診断書の傷病名を記入								
発病日	2	年	月	日	初診日	3	年	月	日
<p>・ 障害の要因となった病気等について、発病した時から現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。</p> <p>・ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p>・ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて記入してください。</p> <p>・ 健康診断などで障害の要因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。</p> <p>・ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p>									
1	平成20年 4月10日から 平成20年10月20日まで	発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）			状況を記入	<p>■ 発病から順番に現在までの状況を、期間をあげずに記入してください。</p> <p>■ 1つの期間が、5年を超える場合は、その期間を3～5年ごとに区切って記入してください。</p> <p>■ 生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は、小学校入学前（幼稚園、保育園）、小学校低学年、小学校高学年、中学生、高校生に区切って日常生活や学校での状況などを記入してください。</p> <p>■ 医療機関に受診している場合は、「受診した」を○で囲んで医療機関名を記入してください。</p> <p>■ 医療機関に受診していなかった場合は、「受診していない」を○で囲んでください。</p>			
	受診 <input checked="" type="radio"/> した <input type="radio"/> していない								
	【医療機関名】 ○○総合病院								
2	平成20年10月21日から 平成21年 5月10日まで	左の期間の状況			状況を記入				
	受診 <input type="radio"/> した <input checked="" type="radio"/> していない								
	【医療機関名】								
3	平成21年 5月11日から 平成22年10月10日まで	左の期間の状況			状況を記入				
	受診 <input checked="" type="radio"/> した <input type="radio"/> していない								
	【医療機関名】 ○○医療センター								

1	診断書の傷病名を記入してください。
2	<p>発病日は、自覚症状が現れた日を記入してください。自覚症状が現れる前に次のようなことがありましたら、その日を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康診断で異常が発見された場合は、異常を指摘された日</li> <li>・ 先天性疾患の場合は、症状を自覚したとき、又は検査で異常が発見された日</li> <li>・ 生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は出生日</li> </ul>
3	<p>初診日は、初めて診療を受けた日を記入してください。初めて診療を受けるより前に次のようなことがありましたら、その日を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康診断で異常が発見され療養に関する指示を受けた場合は健康診断日</li> <li>・ 生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は出生日</li> </ul>

日常生活の状況（シート㊟）

- ・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。
- ・記入年月日と年齢、記入者名を記入し、各項目ごとに該当する番号に○を付けてください。
- ・その他特記事項は、項目にないことで特に不便を感じていることがあればご記入ください。

記入年月日	〇〇年 〇月 〇日（ 〇歳 〇か月）	記入者名	筑前花子(母)
-------	--------------------	------	---------

着替え	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	③. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
トイレ	1. 自発的にできた。	②. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
食事	1. 自発的にできた。	②. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
炊事	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	④. できなかった。
掃除	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	④. できなかった。
洗面	1. 自発的にできた。	②. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
入浴	1. 自発的にできた。	②. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
散歩	①. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
洗濯	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	3. 自発的にできないが援助があればできた。	④. できなかった。
買物	1. 自発的にできた。	2. 自発的にできたが援助が必要だった。
	③. 自発的にできないが援助があればできた。	4. できなかった。
その他、日常生活で不便を感じていることがありましたら記入してください。		

- ◆このチェックシートは、障害基礎年金請求時に必要な申立書と同じ内容になっています。
- ◆障害基礎年金を請求する時は、障害認定日（障害年金を請求する傷病の初診日から1年6か月目）頃の上記内容について申立書に記載が必要です。

就労の状況（シート⑩）

期間	事業者	通勤方法	仕事の内容
〇〇年 〇月 〇日 } 〇〇年 〇月 〇日	〇〇事業所	電車、バス	・パン作り
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			
年 月 日 } 年 月 日			