

プロフィール

【本人】

記入日： 年 月 日

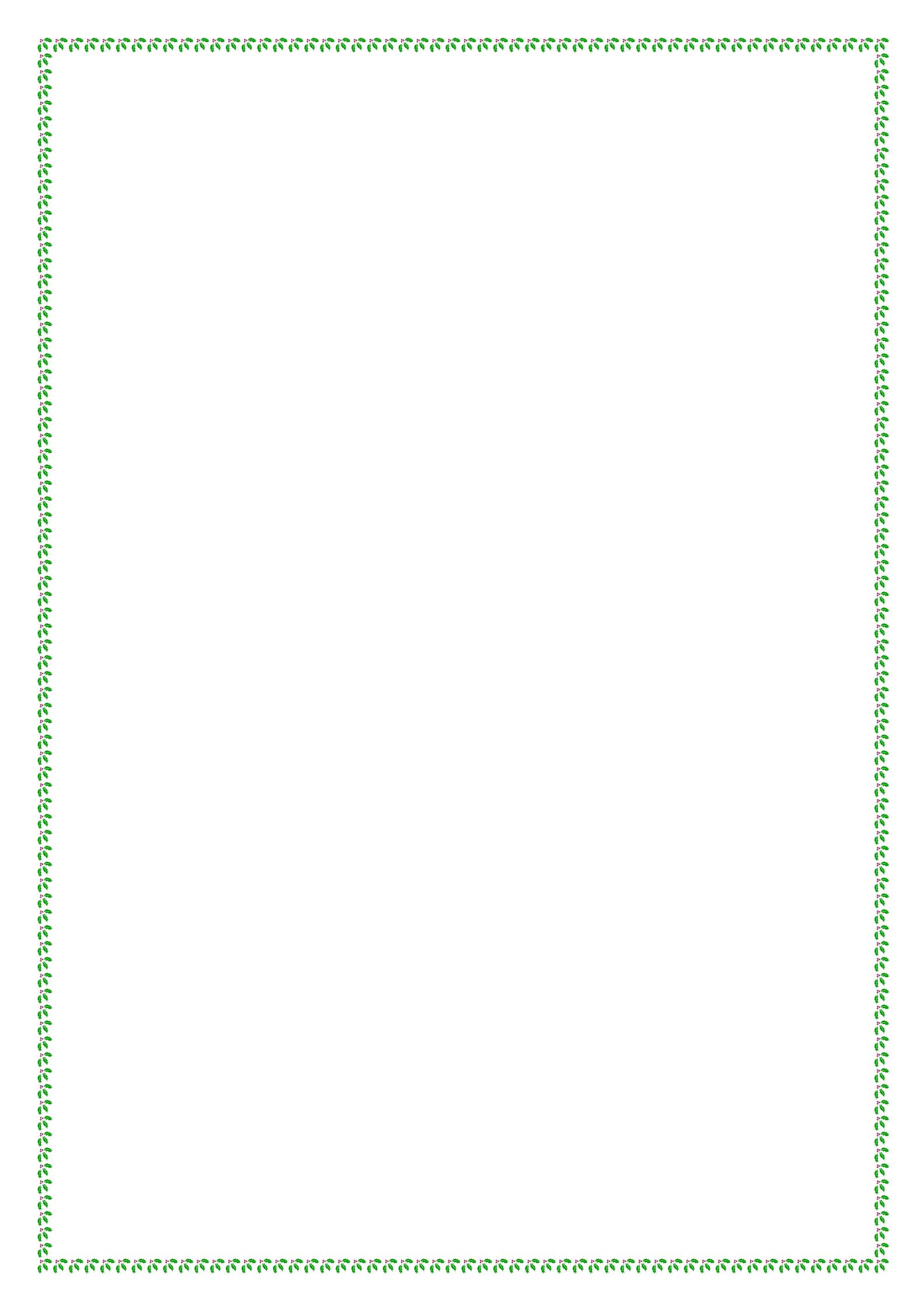
ふりがな			生年月日	年 月 日 生		
氏名			性別	男・女	血液型	
住所 1	〒					
住所 2	〒 (変更日)					
電話番号	自宅		携帯			

【家族構成】

ふりがな 氏名	生年月日	続柄	同居	職業・学校	備考 (勤務先・学校名など)
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他()	

【緊急連絡先】

1	ふりがな			続柄	
	氏名				
	携帯番号				
	勤務先電話番号	(会社名)			
2	ふりがな			続柄	
	氏名				
	携帯番号				
	勤務先電話番号	(会社名)			



本人の生育歴

【妊娠期の様子】

記入日： 年 月 日

妊娠中の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()
妊娠中の様子	妊娠中に特に気になることはありましたか? <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()
妊娠期間	週 日 出産の場所
分娩	あてはまる項目すべてにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 陣痛微弱 <input type="checkbox"/> 逆子 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 人工破水 <input type="checkbox"/> 麻酔をかけた <input type="checkbox"/> 仮死分娩 <input type="checkbox"/> その他 ()
出生体重	g 頭 囲 cm

【出生の経過】※生まれてから1ヶ月頃までの様子

仮死	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	黄疸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(軽度・中程度・重度)
酸素投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保育器使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(生後 日から 日)
けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	出血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(いつ どこから)
発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養	<input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク
顔や身体が紫色になったことがありましたか			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(どんなときに)
新生児聴覚検査は受けましたか			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 異常なし・再検査 (再検査の結果)

【発達の経過（乳幼児期）】※母子手帳の記録などをもとに記入ください。

親の動きを目で追う	歳 ケ月	笑う	歳 ケ月
首のすわり	歳 ケ月	寝返り	歳 ケ月
座る	歳 ケ月	ハイハイ	歳 ケ月
伝い歩き	歳 ケ月	一人歩き	歳 ケ月
あやすと笑う	歳 ケ月	人見知り	歳 ケ月
指差し	歳 ケ月	後追い	歳 ケ月
バイバイと手を振る	歳 ケ月	動作の模倣	歳 ケ月
始語	歳 ケ月 (内容 :)	はじめての意味のあることば（「マンマ」「ワンワン」など）を話す	
二語文	歳 ケ月 (内容 :)	二語を組み合わせて（「マンマ ナイ」「オンモ イク」など）話す	
おしつこやうんちを知らせる			歳 ケ月
昼間おむつが完全にいらなくなる			歳 ケ月
夜もおむつが完全にいらなくなる			歳 ケ月
この時期に気になったことはありますか（あてはまる項目すべてにチェックしてください）			
<input type="checkbox"/> 落ち着きない <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 寝てばかりいた <input type="checkbox"/> あまり寝ない <input type="checkbox"/> よく動き回る <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 気持ちのきりかえ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 病気がち <input type="checkbox"/> その他 ()			

【乳幼児期にかかった大きな病気等】

※ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病など

時 期 (年 齢)	診断名	症 状
年 月 (嶄 ケ月)		
年 月 (嶄 ケ月)		
年 月 (嶄 ケ月)		

【健診の記録】

3~4か月児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所> <input type="checkbox"/> 羽村市保健センター <input type="checkbox"/> その他 ()
1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所> <input type="checkbox"/> 羽村市保健センター <input type="checkbox"/> その他 ()
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所> <input type="checkbox"/> 羽村市保健センター <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の健診 () 健診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所>

保健センターで継続的に受けた相談はありますか

なし
 あり (下の表にわかる範囲でご記入ください)

時 期	相 談 の 内 容	相談の担当者等
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		

その他、気付いたこと

本人の様子

【からだの状態】

記入日： 年 月 日

身長	cm	体重	kg	平熱	°C	
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
視力	あてはまる項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
聴力	あてはまる項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 聴力低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
利き手はどちらですか		鉛筆	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両手	<input type="checkbox"/> はっきりしない
		箸	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両手	<input type="checkbox"/> はっきりしない
		ボール	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両手	<input type="checkbox"/> はっきりしない

【持病・体质など】

アレルギー	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因：)
	薬アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因：)
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
てんかん	てんかん発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (タイプ：)
	薬の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名：)
禁忌薬（飲んではいけない薬）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名：)
その他 慢性的な病気	診断名： 薬名： 治療内容：	
	診断名： 薬名： 治療内容：	

【発達に関する相談・検査等について】

お子さんことで、現在あるいは過去に、相談や受診、指導を受けていたらご記入ください。

相談内容	時 期	どこで・どなたに	結果、診断名、服薬等
【記入例】乳幼児健康相談	平成28年6月頃	保健センター ○○医師	医療機関受診をすすめられる
同上	平成28年9月頃	○○○病院 ○○医師	ADHD診断 薬：○○○
	年 月頃 ～ 年 月頃		
	年 月頃 ～ 年 月頃		
	年 月頃 ～ 年 月頃		
	年 月頃 ～ 年 月頃		
	年 月頃 ～ 年 月頃		

お子さんが受けた検査（知能検査、脳波検査、MRI等）がありましたら、ご記入ください。

検査名	時 期	受けた所	結 果
【記入例】WISC-IV	平成28年7月頃	教育相談室	全検査IQ○○（言語・知覚・WM・処理）
	年 月頃		

現在の状況（幼児期）

(年 月 日現在 歳 ヶ月)

【就学前機関】今まで通った保育園、幼稚園、療育機関等の内容についてご記入ください。

機 関 名	期 間	担任名・担当者名や様子など
	年 月から 年 月まで	

【基本的生活習慣】あてはまる項目に記入およびチェックをしてください。

食 事	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 (内容：) <input type="checkbox"/> 全部手助けが必要		
	食べる様子	<input type="checkbox"/> 落ち着いて食べる <input type="checkbox"/> 遊び食べ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	好きなもの		嫌いなもの	
	食事時間	1回 分位	偏 食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
睡 眠	起床時間	時頃	就寝時間	時頃
	昼 寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	夜泣き	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	寝起き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい		
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい		
排 泄	意思表示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	夜 尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	トイレ	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要		
着替え	洋 服	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> 全部やってもらう		
	靴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばはける <input type="checkbox"/> 全部やってもらう		

【成長の様子】 あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

	言葉の表出	<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 多語文 <input type="checkbox"/> 言葉で要求する
言葉	言葉の理解等	<input type="checkbox"/> 身近な物の名前を理解している <input type="checkbox"/> カードや写真を使った指示が分かる <input type="checkbox"/> 単語だけの指示が分かる <input type="checkbox"/> 文章で話しかけた内容が分かる <input type="checkbox"/> 出来事などを人に伝えることができる <input type="checkbox"/> 相手に合わせて話すことができる <input type="checkbox"/> 分からないことを尋ねることができる
感情	感情の表現	<input type="checkbox"/> 笑う、泣くなど表情や動作で表現できる <input type="checkbox"/> その場にあった表情ができる <input type="checkbox"/> 困った時にSOSを出すことができる
	感情の理解	<input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解することができる <input type="checkbox"/> 相手の表情を読み取ることができる <input type="checkbox"/> 絵や文章の中で感情を読み取ることができる
集団活動	集団生活	<input type="checkbox"/> 一人で着席ができる <input type="checkbox"/> 順番を待つことができる <input type="checkbox"/> 一人で支度ができる <input type="checkbox"/> 集団活動に参加できる <input type="checkbox"/> 一斉指示で行動できる <input type="checkbox"/> 個別の指示があれば行動できる <input type="checkbox"/> ルールや約束を守ることができる
	あそび	<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"/> 体を動かして遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> 室内で静かに遊ぶことが好き
運動等	運動	<input type="checkbox"/> ジャンケンができる <input type="checkbox"/> ケンケンができる <input type="checkbox"/> ボールを投げることができる
	手先の動き	<input type="checkbox"/> ハサミで紙を切れる <input type="checkbox"/> のりを付けて紙を貼れる <input type="checkbox"/> 折り紙を折れる

【気になっていること】 お子さんの発達で気になっていることをチェックしてください。

(あてはまる項目にすべてチェックをしてください。)

言葉の表出	<input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音（どもる、言葉がなかなか出てこない等）	
人とのかかわり	<input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 一方的に主張する <input type="checkbox"/> 同年齢の児よりも年下と遊ぶ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 人見知りが強い <input type="checkbox"/> 他者に興味がない <input type="checkbox"/> 同年齢の児よりも年上と遊ぶ <input type="checkbox"/> 同年齢の児よりも大人と遊ぶ
運動	<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れやすい <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> ぎこちない動きがある <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> すぐに寝そべる <input type="checkbox"/> つま先立ちになる
動きの様子	<input type="checkbox"/> いつも動き回っている <input type="checkbox"/> 思いつきで行動する <input type="checkbox"/> 急に飛び出す <input type="checkbox"/> 乱暴なところがある <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> じっと座っていられない <input type="checkbox"/> 迷子になることがよくある <input type="checkbox"/> 高いところに登る <input type="checkbox"/> しゃべり続ける
情緒面の様子	<input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> マイペースなところがある <input type="checkbox"/> 思い通りにならないとパニックを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 環境の変化が苦手
注意深さ等	<input type="checkbox"/> なくし物が多い <input type="checkbox"/> 呼びかけても返事をしない <input type="checkbox"/> 怪我が多い <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 集中時間が短い <input type="checkbox"/> 危険への意識が弱い
感覚の敏感さ	<input type="checkbox"/> 大きな音・特定の音が苦手 <input type="checkbox"/> 光に敏感 <input type="checkbox"/> 体に触れられることが苦手 <input type="checkbox"/> 苦手な食べ物がある <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 味に敏感 <input type="checkbox"/> 苦手な感触がある
こだわり	<input type="checkbox"/> 回る物にこだわる <input type="checkbox"/> やり方にこだわる <input type="checkbox"/> 道順にこだわる <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 物にこだわる <input type="checkbox"/> 衣類にこだわる

【日常生活の状況】 ※足りない場合はコピーしてください

記入する内容例

(食事、排泄、衣類の着脱、睡眠、歩行、お気に入りのものや場所・苦手なものや場所、パニックの回避の方法、介助者がしてはいけないことや子どもにさせてはいけないこと 等)

現在の状況（学齢期）

★学齢期は小学校から中学校までの時期です。

(年 月 日現在 歳 年生)

【小・中学校】 今まで通った小学校、中学校、療育機関等の内容についてご記入ください。

学校名・機関名	期間	担任名・担当者名や様子など
小学校	年 月から 年 月まで	1年： 2年： 3年： 4年： 5年： 6年：
中学校	年 月から 年 月まで	1年： 2年： 3年：
	年 月から 年 月まで	
	年 月から 年 月まで	

【基本的生活習慣】 あてはまる項目に記入およびチェックをしてください。

食事	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スpoon・fork <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 (内容：) <input type="checkbox"/> 全部手助けが必要		
	食べる様子	<input type="checkbox"/> 落ち着いて食べる <input type="checkbox"/> 遊び食べ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	好きなもの		嫌いなもの	
	食事時間	1回 分位	偏食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
睡眠	起床時間	時頃	就寝時間	時頃
	昼寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	夜泣き	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	寝起き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい		
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい		
排泄	意思表示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	夜尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	トイレ	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要		
着替え	洋服	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> 全部やってもらう		
	靴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばはける <input type="checkbox"/> 全部やってもらう		

【成長の様子】 あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

	言葉の表出	<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 多語文 <input type="checkbox"/> 文章で表現										
言葉	言葉の理解等	<input type="checkbox"/> 身近な物の名前を理解している <input type="checkbox"/> カードや写真を使った指示が分かる <input type="checkbox"/> 単語だけの指示が分かる <input type="checkbox"/> 文章で話しかけた内容が分かる <input type="checkbox"/> 出来事などを人に伝えることができる <input type="checkbox"/> 相手に合わせて話すことができる <input type="checkbox"/> 分からないことを尋ねることができる										
感情	感情の表現	<input type="checkbox"/> 笑う、泣くなど表情や動作で表現できる <input type="checkbox"/> その場にあった表情ができる <input type="checkbox"/> 困った時にSOSを出すことができる										
	感情の理解	<input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解することができる <input type="checkbox"/> 相手の表情を読み取ることができます <input type="checkbox"/> 絵や文章の中で感情を読み取ることができます										
	集団生活	<input type="checkbox"/> 一人で着席ができる <input type="checkbox"/> 順番を待つことができる <input type="checkbox"/> 一人で支度ができる <input type="checkbox"/> 集団活動に参加できる <input type="checkbox"/> 一斉指示で行動できる <input type="checkbox"/> 個別の指示があれば行動できる <input type="checkbox"/> ルールや約束を守ることができます										
学校生活	読み・書き	<table> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> ひらがなを読む</td> <td><input type="checkbox"/> カタカナを読む</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 漢字を読む</td> <td><input type="checkbox"/> 数字を読む</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ひらがなを書く</td> <td><input type="checkbox"/> カタカナを書く</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 漢字を書く</td> <td><input type="checkbox"/> 数字を書く</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黒板の文字をノートに書き写す</td> <td><input type="checkbox"/> 作文を書く</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> ひらがなを読む	<input type="checkbox"/> カタカナを読む	<input type="checkbox"/> 漢字を読む	<input type="checkbox"/> 数字を読む	<input type="checkbox"/> ひらがなを書く	<input type="checkbox"/> カタカナを書く	<input type="checkbox"/> 漢字を書く	<input type="checkbox"/> 数字を書く	<input type="checkbox"/> 黒板の文字をノートに書き写す	<input type="checkbox"/> 作文を書く
<input type="checkbox"/> ひらがなを読む	<input type="checkbox"/> カタカナを読む											
<input type="checkbox"/> 漢字を読む	<input type="checkbox"/> 数字を読む											
<input type="checkbox"/> ひらがなを書く	<input type="checkbox"/> カタカナを書く											
<input type="checkbox"/> 漢字を書く	<input type="checkbox"/> 数字を書く											
<input type="checkbox"/> 黒板の文字をノートに書き写す	<input type="checkbox"/> 作文を書く											
	計算	<table> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 簡単な足し算・引き算</td> <td><input type="checkbox"/> 簡単な暗算 (+・-)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 簡単な掛け算・割り算</td> <td><input type="checkbox"/> 簡単な暗算 (×・÷)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 簡単な文章題</td> <td><input type="checkbox"/> 複雑な文章題</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 簡単な足し算・引き算	<input type="checkbox"/> 簡単な暗算 (+・-)	<input type="checkbox"/> 簡単な掛け算・割り算	<input type="checkbox"/> 簡単な暗算 (×・÷)	<input type="checkbox"/> 簡単な文章題	<input type="checkbox"/> 複雑な文章題				
<input type="checkbox"/> 簡単な足し算・引き算	<input type="checkbox"/> 簡単な暗算 (+・-)											
<input type="checkbox"/> 簡単な掛け算・割り算	<input type="checkbox"/> 簡単な暗算 (×・÷)											
<input type="checkbox"/> 簡単な文章題	<input type="checkbox"/> 複雑な文章題											
運動等	運動	<input type="checkbox"/> ボールを投げる <input type="checkbox"/> ボールを取る <input type="checkbox"/> ボールを蹴る <input type="checkbox"/> スキップをする										
	手先の動き	<input type="checkbox"/> ハサミで線にそって紙を切る <input type="checkbox"/> のりを付けて紙を貼る <input type="checkbox"/> 折り紙を折る										

【気になっていること】あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

言葉の表出	<input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音（どもる、言葉がなかなか出てこない等）	
人とのかかわり	<input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 一方的に主張する <input type="checkbox"/> 同年齢の子よりも年下と遊ぶ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 人見知りが強い <input type="checkbox"/> 他者に興味がない <input type="checkbox"/> 同年齢の子よりも年上と遊ぶ <input type="checkbox"/> 同年齢の子よりも大人と遊ぶ
運動	<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れやすい <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> ぎこちない動きがある <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> すぐに寝そべる <input type="checkbox"/> つま先立ちになる
動きの様子	<input type="checkbox"/> いつも動き回っている <input type="checkbox"/> 思いつきで行動する <input type="checkbox"/> 急に飛び出す <input type="checkbox"/> 乱暴なところがある <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> じっと座っていられない <input type="checkbox"/> 迷子になることがよくある <input type="checkbox"/> 高いところに登る <input type="checkbox"/> しゃべり続ける
情緒面の様子	<input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> マイペースなところがある <input type="checkbox"/> 思い通りにならないとパニックを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 環境の変化が苦手
注意深さ等	<input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 呼びかけても返事をしない <input type="checkbox"/> うっかりミスをする <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 集中時間が短い <input type="checkbox"/> 危険への意識が弱い <input type="checkbox"/> 気が散りやすい
感覚の敏感さ	<input type="checkbox"/> 大きな音・特定の音が苦手 <input type="checkbox"/> 光に敏感 <input type="checkbox"/> 体に触れられることが苦手 <input type="checkbox"/> 苦手な食べ物がある <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 味に敏感 <input type="checkbox"/> 苦手な感触がある
こだわり	<input type="checkbox"/> 物にこだわる <input type="checkbox"/> 衣類にこだわる <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> やり方にこだわる <input type="checkbox"/> 道順にこだわる

【日常生活の状況】 ※足りない場合はコピーしてください

記入する内容例

(食事、排泄、衣類の着脱、睡眠、歩行、お気に入りのものや場所・苦手なものや場所、パニックの回避の方法、介助者がしてはいけないことや子どもにさせてはいけないこと 等)

現在の状況（青年期Ⅰ）

★青年期Ⅰは中学校卒業から就労するまでの時期です。

(年 月 日現在)

【高等学校・専門学校・大学・療育機関等】 今まで通った高等学校、専門学校、大学、療育機関等の内容についてご記入ください。

学校名・機関名	期間	担任名・担当者名や様子など
	年 月から 年 月まで	
	年 月から 年 月まで	
	年 月から 年 月まで	

【生活習慣】 あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

食事	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要(内容：) <input type="checkbox"/> 全部手助けが必要	
	食べる様子	<input type="checkbox"/> 落ち着いて食べる <input type="checkbox"/> 遊び食べ <input type="checkbox"/> その他()	
	好きなもの		<input type="checkbox"/> 嫌いなもの
	食事時間	1回 分位	<input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
睡眠	起床時間	時頃	就寝時間 時頃
	夙寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	寝起き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい	
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい	
排泄	意思表示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	トイレ	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要	
着替え	洋服	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> 全部やってもらう	
	靴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばはける <input type="checkbox"/> 全部やってもらう	

【成長の様子①】 あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

言葉の理解等	<input type="checkbox"/> 文章で話しかけた内容が分かる <input type="checkbox"/> 出来事などを人に伝えることができる <input type="checkbox"/> 暗黙のルールや冗談が分かる <input type="checkbox"/> 相手に合わせて話すことができる <input type="checkbox"/> 分からぬことを尋ねることができる
感情の表現	<input type="checkbox"/> 笑う、泣くなど表情や動作で表現できる <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを言葉で伝えることができる <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを文章で表現することができる <input type="checkbox"/> みんなの前で自分の気持ちを伝えることができる
感情の理解	<input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解することができる <input type="checkbox"/> 相手の表情を読み取ることができる <input type="checkbox"/> 絵や文章の中で感情を読み取ることができる <input type="checkbox"/> 周囲の人を励ましたり慰めたりすることができる

【成長の様子②】あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

状況の理解		<input type="checkbox"/> 具体的な説明があれば状況を理解することができる <input type="checkbox"/> 周囲の人と一緒にその場を楽しむことができる <input type="checkbox"/> 静かにするべき時は黙っていることができる <input type="checkbox"/> 周りの動きを見て動くことができる <input type="checkbox"/> 場の雰囲気を察して適切に行動することができる <input type="checkbox"/> 状況を予測して動くことができる
関わりの状況		<input type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら返事をすることができる <input type="checkbox"/> 自分から場面にあった挨拶をすることができる <input type="checkbox"/> 困ったことを相談することができる <input type="checkbox"/> 嫌なことは断ることができる
学校生活	集団生活	<input type="checkbox"/> 一人で支度ができる <input type="checkbox"/> 集団行動に参加ができる <input type="checkbox"/> ルールや約束を守ることができる <input type="checkbox"/> 着席して授業を受けることができる
	読み	<input type="checkbox"/> ひらがなを読む <input type="checkbox"/> 漢字を読む <input type="checkbox"/> アルファベットを読む
	読みの特徴	<input type="checkbox"/> スムーズに読める <input type="checkbox"/> 初めて見た言葉や文章だと時間がかかる <input type="checkbox"/> 音読でところどころ、つっかえるところがある <input type="checkbox"/> 語句や行の読み飛ばしがある <input type="checkbox"/> 勝手に文章を作って読むことがある <input type="checkbox"/> 内容の要点を読み取ることができる
	書き	<input type="checkbox"/> ひらがなを書く <input type="checkbox"/> 漢字を書く <input type="checkbox"/> 黒板の文字をノートに書き写す
	書きの特徴	<input type="checkbox"/> スムーズに書ける <input type="checkbox"/> 話を聞きながらメモを取れる <input type="checkbox"/> 鏡文字になる <input type="checkbox"/> 書き間違いがよくある <input type="checkbox"/> 句読点を抜かしたり打ち間違えたりする
	計算	<input type="checkbox"/> 簡単な足し算・引き算 <input type="checkbox"/> 簡単な掛け算・割り算 <input type="checkbox"/> 簡単な文章題 <input type="checkbox"/> 計算はできるが時間がかかる
		<input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 独特な書き順になる <input type="checkbox"/> 書き飛ばしがよくある <input type="checkbox"/> 文字のバランスが悪い
		<input type="checkbox"/> 簡単な暗算（+・-） <input type="checkbox"/> 簡単な暗算（×・÷） <input type="checkbox"/> 複雑な文章題

【気になっていること】 あてはまる項目にすべてチェックをしてください。

言葉の表出	<input type="checkbox"/> 口数が少ない <input type="checkbox"/> おしゃべり <input type="checkbox"/> オウム返しが多い <input type="checkbox"/> 独り言が多い <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 発音不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音（どもる、言葉がなかなか出てこない等）
人とのかかわり	<input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 人見知りが強い <input type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> 他者に興味がない <input type="checkbox"/> 一方的に主張する <input type="checkbox"/> 同年齢の人よりも年上と関わる <input type="checkbox"/> 同年齢の子よりも年下と遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人とはあまり関わらない <input type="checkbox"/> その他（ ）
運動	<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れやすい <input type="checkbox"/> すぐに寝そべる <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> つま先立ちになる <input type="checkbox"/> ぎこちない動きがある <input type="checkbox"/> その他（ ）
動きの様子	<input type="checkbox"/> いつも動き回っている <input type="checkbox"/> じっと座っていられない <input type="checkbox"/> 思いつきで行動する <input type="checkbox"/> 迷子になることがよくある <input type="checkbox"/> 急に飛び出す <input type="checkbox"/> 危険の察知や回避が苦手 <input type="checkbox"/> 乱暴なところがある <input type="checkbox"/> 順番を待つことが苦手 <input type="checkbox"/> 相手が話していても話してしまう <input type="checkbox"/> その他（ ）
情緒面の様子	<input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> 環境の変化が苦手 <input type="checkbox"/> マイペースなところがある <input type="checkbox"/> 思い通りにならないとパニックを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他（ ）
注意深さ等	<input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> うっかりミスをする <input type="checkbox"/> 活動等に集中する時間が短い <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> 話を聞いていないように見えることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）
感覚の敏感さ	<input type="checkbox"/> 大きな音・特定の音が苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 光に敏感 <input type="checkbox"/> 味に敏感 <input type="checkbox"/> 体に触れられることが苦手 <input type="checkbox"/> 苦手な感触がある <input type="checkbox"/> 苦手な食べ物がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
こだわり	<input type="checkbox"/> 物にこだわる <input type="checkbox"/> やり方にこだわる <input type="checkbox"/> 衣類にこだわる <input type="checkbox"/> 道順にこだわる <input type="checkbox"/> その他（ ）

【日常生活の状況】 ※足りない場合はコピーしてください

記入する内容例

(食事、排泄、衣類の着脱、睡眠、歩行、お気に入りのものや場所・苦手なものや場所、パニックの回避の方法、介助者がしてはいけないことや本人にさせてはいけないこと 等)

現在の状況（青年期Ⅱ）

★青年期Ⅱは就労状況です

【就職先】

(年 月 日現在)

現在の 状況	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> 正規社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 一般（障害者雇用） <input type="checkbox"/> 特例子会社（障害者雇用） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 就労等支援機関	<input type="checkbox"/> 就労移行支援
	<input type="checkbox"/> 福祉的就労	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 自営業	内容（ ）
	<input type="checkbox"/> 家事手伝い	
	<input type="checkbox"/> 就職のため学校に通っている	学校名（ ）
	<input type="checkbox"/> 在宅で何もしていない	
	<input type="checkbox"/> その他	内容（ ）
現在の 就労先	【名称】 【住所】 【いつから】	【電話番号】 年 月 日から

【仕事に関して】

働く意欲	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い
働くための体力	<input type="checkbox"/> 十分に持っている <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不足している
挨拶やマナー	<input type="checkbox"/> しっかりできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないことが多い
報告・連絡・相談	<input type="checkbox"/> しっかりできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないことが多い
欠勤や遅刻等の連絡	<input type="checkbox"/> しっかりできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないことが多い
働くために 必要な知識や技術	<input type="checkbox"/> 十分に持っている <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不足している
必要な知識技術を 得るための努力	<input type="checkbox"/> 十分に行っている <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 何もしていない
困った時に相談できる人	<input type="checkbox"/> 大勢いる <input type="checkbox"/> 何人かいる <input type="checkbox"/> ほとんどいない
仕事をしていて 楽しいこと	あてはまる項目すべてにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 給料をもらって自分の好きな物を買ったこと <input type="checkbox"/> 安定した収入が得られたこと <input type="checkbox"/> 社会に出られたこと <input type="checkbox"/> 働いて周りからほめられたこと <input type="checkbox"/> 友達ができしたこと <input type="checkbox"/> その他（ ）
仕事をしていて つらいこと	あてはまる項目すべてにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 朝早く起きること <input type="checkbox"/> 仕事がうまくできなかったこと <input type="checkbox"/> 職場で注意されたことがなかなか改善できること <input type="checkbox"/> 職場の仲間とうまくつきあえなかつたこと <input type="checkbox"/> 職場で話ができる人がいないこと <input type="checkbox"/> その他（ ）

【就労に向けて】

得意なこと	<p>あてはまる項目すべてにチェックしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 体を使うこと <input type="checkbox"/> パソコンを使うこと <input type="checkbox"/> 整理・整頓すること <input type="checkbox"/> 同じ作業を続けること <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 手先を使うこと <input type="checkbox"/> 書類を整理すること <input type="checkbox"/> 文字を書くこと <input type="checkbox"/> 皆と一緒に作業すること
不得意なこと	<p>あてはまる項目すべてにチェックしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 体を使うこと <input type="checkbox"/> パソコンを使うこと <input type="checkbox"/> 整理・整頓すること <input type="checkbox"/> 同じ作業を続けること <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 手先を使うこと <input type="checkbox"/> 書類を整理すること <input type="checkbox"/> 文字を書くこと <input type="checkbox"/> 皆と一緒に作業すること
資格や免許	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない <p>【持っている資格や免許】</p>
特技	
就労について アピール したいこと	
将来の生活	<p>あてはまる項目すべてにチェックしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 一般就労（障害者雇用含む）したい <input type="checkbox"/> 福祉的就労（作業所など）をしたい <input type="checkbox"/> 就職のための学校等に通いたい <input type="checkbox"/> ずっと家ですごしたい <input type="checkbox"/> アパート等で一人暮らしがしたい <input type="checkbox"/> グループホーム等で暮らしたい <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしたい <input type="checkbox"/> 結婚してその相手と暮らしたい <input type="checkbox"/> その他（ ）

★ 自由欄（気になっていることや、自分が苦労して周りに知ってほしいことなどがあったら、書きとめておきましょう！！）

令和 年度（令和 年4月就学児用）

就学支援シート

（はばたきファイル シート⑧）

お子さんの楽しい 学校生活のために



子どもには、様々な個性があり、豊かな可能性があります。得意なことあれば、苦手なこともあるものです。小学校への入学を控え、家庭や幼稚園・保育園等、就学前の相談機関（相談機関・医療機関・療育機関等）で今まで大切にしてきたことや、小学校に引き継ぎたいことがあれば、このシートを使って教えてください。

一人ひとりのお子さんが、楽しく充実した学校生活を送ることができるよう、お子さんに必要と思われる支援や配慮について、一緒に考え、共有していきましょう。

【保護者記入】

(ふりがな) お子さんのお名前		生年 月日	年 月 日	性別	
保護者のお名前		続柄			
連絡先	住所 〒 電話番号 ()				
就学予定小学校	羽村市立 小学校				

【園及び関係機関記入】

幼稚園・ 保育園等名		記入者	
就学前の相談機関 (相談・医療・療育等)		記入者	

羽村市教育委員会

シート⑧-1 (支援シート)

これまで取り組んできた支援等の内容や方法、工夫してきた点、伝えておきたいことについてご記入ください。

記入の順番 お子さんについて幼稚園・保育園等が記入（保護者から依頼してください）⇒ 保護者が記入。

※就学前の相談機関に定期的に通っている方は、【その他専門機関（相談・医療・療育等）から】の欄もできるだけ記入してください。

(1) 就学前の状況

【幼稚園・保育園等から】 ※わかる範囲でご記入ください。

在籍園 ○ 新	() 幼稚園・保育園・その他	() 歳から () 年間
	() 幼稚園・保育園・その他	() 歳から () 年間
	() 幼稚園・保育園・その他	() 歳から () 年間
年 齢	担任名・担当者名	年 齢
○歳児		3歳児
1歳児		4歳児
2歳児		5歳児

【保護者の方から】

就学前の相談機関 ※該当するところに ○をお願いします。	教 育 委 員 会	就学相談 教育相談室 その他 ()
	子育て相談課	保健センターにおける相談（こども相談 乳幼児健康相談 その他） 幼稚園・保育園等巡回相談 その他 ()
	専 門 機 関	医療機関 療育機関 その他 ()

(2) 成長・発達の様子

項 目	内 容	【幼稚園・保育園等から】 記入日 令和 年 月 日	【保護者の方から】 記入日 令和 年 月 日
身体・健康	○健康・身体の状況 ○視覚・聴覚 ○眼薬 ○アレルギー ○運動制限 ○補装具等の使用 ○その他		
身体の動き	○身体全体を使った運動 ○道具を使った運動 ○遊具を使った運動遊び ○手先を使った作業 ○その他		
日常生活	○食事 ○排泄 ○着替え ○片付け ○挨拶 ○登園状況 ○その他		
人との関わり	○人の関わり (大人・子ども) ○集団への参加 ○聞くこと・話すこと ○指示・ルールの理解 ○意思の疎通について ○その他		

項目	内 容	【幼稚園・保育園等から】	【保護者の方から】
学 習 等	<input type="radio"/> 言葉 (発音・言語等) <input type="radio"/> 平仮名 <input type="radio"/> 数字 <input type="radio"/> 描画・製作 <input type="radio"/> その他		
興 味 ・ 関 心	<input type="radio"/> 性格の特徴 <input type="radio"/> 行動の特徴 <input type="radio"/> 好きなこと（場面） <input type="radio"/> 苦手なこと（場面） <input type="radio"/> その他		

【幼稚園・保育園等から】

(3) 指導や保育の中での配慮と工夫（支援で大切にしてきたこと）

*教材や教具・環境や働きかけの工夫 支援のコツ、トラブルが起こったときの対応 効果のあった指導など

(4) 就学後も引き続き、配慮や工夫をしてほしいこと

*これまでの支援により伸びたこと、これからも伸ばしてほしいことなど

【その他専門機関（相談・医療・療育等）から】

(5) 支援等の中での配慮と工夫（保護者が専門機関から聞き取った内容を記入しても構いません）

*今までの支援等で大切にしてきたことや就学後も必要と思われる内容・配慮事項等

(専門機関名：)

【保護者の方から】

(6) 就学後の生活に関する家庭の意向、要望、期待など

学校生活	
家庭生活	
その他	*書ききれなかったこと、項目以外で必要なことを自由に記入してください。

就学支援シート（はばたきファイルシート⑧） 作成と活用の流れ

1 10月初旬から

「就学支援シート（はばたきファイルシート⑧）」の配布 (記入要領の説明文と合わせて配布します)



- 就学時健康診断の際に保護者全員に配布します。
- 作成、提出は任意です。
- 通っている幼稚園・保育園等に申し出て、書類を受け取ることもできます。

保護者が提出

2 就学前機関（幼稚園・保育園等、相談・医療・療育機関等）による記入

記入場所：就学支援シート（はばたきファイルシート⑧）(1)(2)の一部、(3)、(4)、(5)

- 保護者の方は就学前機関に「就学支援シート」への記入をお願いしてください。
- 就学前の相談機関（相談・医療・療育等）に関わっている場合は(5)の記入をお願いしてください。
- 複数の就学前機関に関わっている場合は、必要に応じてシートをコピーしたり、別紙で資料を添付したりしてお使いください。

保護者に返却

3 保護者による記入

記入場所：就学支援シート（はばたきファイルシート⑧）
(1)(2)の一部、(5)、(6)

保護者が持参

- 就学前機関が記入した内容を保護者の方が確認したうえで、保護者の方も記入してください。
- 相談の担当者や医療・療育等の主治医や指導の先生から聞いていることを(5)に記入してください。

例えば・・・

- お子さんのよいところ・得意なこと・好きなことなど楽しく学校生活を送るための工夫やヒント
- 苦手なこと・気持ちが抑えられないときの対応の仕方
- 課題に意欲的に取り組める工夫、環境設定の方法や配慮
- 学校へ引き継ぎたいこと、学校に望むこと

4 所属する幼稚園・保育園等に提出

- 保護者の方は通っている幼稚園・保育園等に提出してください。
- 幼稚園・保育園等で「写し」をとり、「原本」を保護者に返却します。
- 「原本」は、保護者が保管します。（「はばたきファイル」にじてください）

5 12月末まで

幼稚園・保育園等は、「就学支援シート（はばたきファイルシート⑧）」の「写し」を教育委員会に提出してください。

教育委員会は、就学支援シート（はばたきファイルシート⑧）の「写し」を就学先の小学校に送付します。小学校は、必要に応じて幼稚園・保育園等との引き継ぎや保護者との個人面談等を実施しながら、シートの内容を入学後の指導に活用します。

【就学支援シート（はばたきファイルシート⑧）を受け取った小学校の活用例】

お子さんへの配慮と支援
幼稚園・保育園等との引継ぎ

保護者との個人面談
関係機関による個別支援会議の資料など



お問い合わせ、ご相談は、

羽村市教育委員会生涯学習部教育支援課 特別支援教育係

TEL 042-555-1111

(内線) 373・359

医療の記録

【かかりつけの医療機関】

医療機関名		診療科目	
電話			
主治医 担当心理師（士） 担当訓練士			
住所	〒	—	
初診日	年	月	日
備考 (薬・補装具等)			

医療機関名		診療科目	
電話			
主治医 担当心理師（士） 担当訓練士			
住所	〒	—	
初診日	年	月	日
備考 (薬・補装具等)			

医療機関名		診療科目	
電話			
主治医 担当心理師（士） 担当訓練士			
住所	〒	—	
初診日	年	月	日
備考 (薬・補装具等)			

*足りない場合はコピーしてください

【受診の記録】

年 月 日 (歳 ケ月)	診断名や症状	医療機関名
【記入例】 平成 26 年 4 月 1 日 3 歳 4 ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・脳波の検査を受け、異常なし ・川崎病と診断された ・42度の高熱が出た 	○○病院 小児科
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		
年 月 日 (歳 ケ月)		

※足りない場合はコピーしてください

福祉の記録

【手帳の取得状況】

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無	内容：種級交付日：年月日 障害名： (変更)
	<input type="checkbox"/> 有	内容：種級交付日：年月日 障害名：
愛の手帳	<input type="checkbox"/> 無	内容：度交付日：年月日 次回更新日：年月日 (更新)
	<input type="checkbox"/> 有	内容：度交付日：年月日 次回更新日：年月日 (更新)
	<input type="checkbox"/> 無	内容：度交付日：年月日 次回更新日：年月日
	<input type="checkbox"/> 有	内容：級交付日：年月日 有効期限：年月日 (更新)
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無	内容：級交付日：年月日 有効期限：年月日 (更新)
	<input type="checkbox"/> 有	内容：級交付日：年月日 有効期限：年月日
	<input type="checkbox"/> 無	内容：級交付日：年月日 有効期限：年月日 (更新)
	<input type="checkbox"/> 有	内容：級交付日：年月日 有効期限：年月日

【利用している事業所・関係機関】

事業所・関係機関名	利用しているサービス内容等	備考（開始日等）
【記入例】 〇〇〇〇〇	放課後等デイサービス	令和2年4月～ 担当：〇〇〇

【療育・訓練などの記録】

実施期間	実施機関名	療育・訓練の種類	内容
年 月 日 ()歳()ヶ月			
～ 年 月 日 ()歳()ヶ月			
年 月 日 ()歳()ヶ月			
～ 年 月 日 ()歳()ヶ月			
年 月 日 ()歳()ヶ月			
～ 年 月 日 ()歳()ヶ月			
年 月 日 ()歳()ヶ月			
～ 年 月 日 ()歳()ヶ月			
年 月 日 ()歳()ヶ月			
～ 年 月 日 ()歳()ヶ月			
年 月 日 ()歳()ヶ月			
～ 年 月 日 ()歳()ヶ月			
備考			

相談の記録

【相談の記録（発達に関する相談・教育相談等）】※今まで利用した相談の記録をお書きください。

年月日/ 年齢	支援機関（場所）等	担当者	概要
【記入例】 令和元年 4月1日 5歳	羽村市保健センター (子育て相談課) 訪問・電話・メール・家庭訪問・その他	〇〇保健師	言葉の遅れが気になり相談に行った。子の興味に合わせての声かけや、やり取り遊びをするといいとのこと。次回、3か月後に約束。
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		

※足りない場合はコピーしてください

【相談の記録（発達に関する相談・教育相談等）】※今まで利用した相談の記録をお書きください。

年月日/ 年齢	支援機関（場所）等	担当者	概要
【記入例】 令和元年 4月1日 5歳 訪問・電話・メール・家庭訪問・その他	羽村市保健センター (子育て相談課)	〇〇保健師	言葉の遅れが気になり相談に行った。子の興味に合わせての声かけや、やり取り遊びをするといいとのこと。次回、3か月後に約束。
年　月　日 歳 訪問・電話・メール・家庭訪問・その他			

※足りない場合はコピーしてください

【相談の記録（その他）】※発達に関する相談や教育相談以外の相談の記録をお書きください。

年月日/ 年齢	支援機関（場所）等	担当者	概要
【記入例】 令和元年 8月1日 5歳	羽村市障害福祉課 訪問・電話・メール・家庭訪問・その他	〇〇	来年度小学生就学のため放課後等ディサービスの手続きについて説明を受けた。 事業所のリストを受け取る。
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		

※足りない場合はコピーしてください

【相談の記録（その他）】※発達に関する相談や教育相談以外の相談の記録をお書きください。

年月日/ 年齢	支援機関（場所）等	担当者	概要
【記入例】 令和元年 8月1日 5歳	羽村市障害福祉課 訪問・電話・メール・家庭訪問・その他	〇〇	来年度小学生就学のため放課後等ディサービスの手続きについて説明を受けた。 事業所のリストを受け取る。
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		
年　月　日 歳	訪問・電話・メール・家庭訪問・その他		

※足りない場合はコピーしてください

【就学・進学・進路選択に関する相談の記録】

※進路相談・学校見学・体験入学などの記録をお書きください。

年月日/年齢	見学や相談をした 学校・施設名	担当者	概要
【記入例】 令和元年 4月24日 11歳	就学相談 初回面接	○○相談員	市役所 3階 教育支援課にて相談
【記入例】 令和元年 7月12日 11歳	学校体験 羽村一中 8組	○○先生	午前中 体験
年 月 日 歳			

※足りない場合はコピーしてください

【就学・進学・進路選択に関する相談の記録】

※進路相談・学校見学・体験入学などの記録をお書きください。

年月日/年齢	見学や相談をした 学校・施設名	担当者	概要
【記入例】 令和元年 4月24日 11歳	就学相談 初回面接	○○相談員	市役所 3階 教育支援課にて相談
【記入例】 令和元年 7月12日 11歳	学校体験 羽村一中 8組	○○先生	午前中 体験
年 月 日 歳			

※足りない場合はコピーしてください

検査の記録

〔心理検査・知能検査などの記録〕

※足りない場合はコピーしてください

【心理検査・知能検査などの記録】

検査実施日	実施機関名	検査の種類	検査結果内容
【記入例】 平成30年8月12日 (8歳 6ヶ月)	羽村市 教育相談室	WISC-IV	全検査 IQ 80 言語理解 78 知覚推理 98 ワーキングメモリー 60 処理速度 96
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			
年 月 日 (歳 ケ月)			

※足りない場合はコピーしてください

教育の記録

【小学校、特別支援学校小学部 等】

※担任等のお名前を記録してください。

	学校名（所属名）	所属機関	クラス	担任	通級指導学級（特別支援教室）
1年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
2年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
3年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
4年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
5年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
6年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】

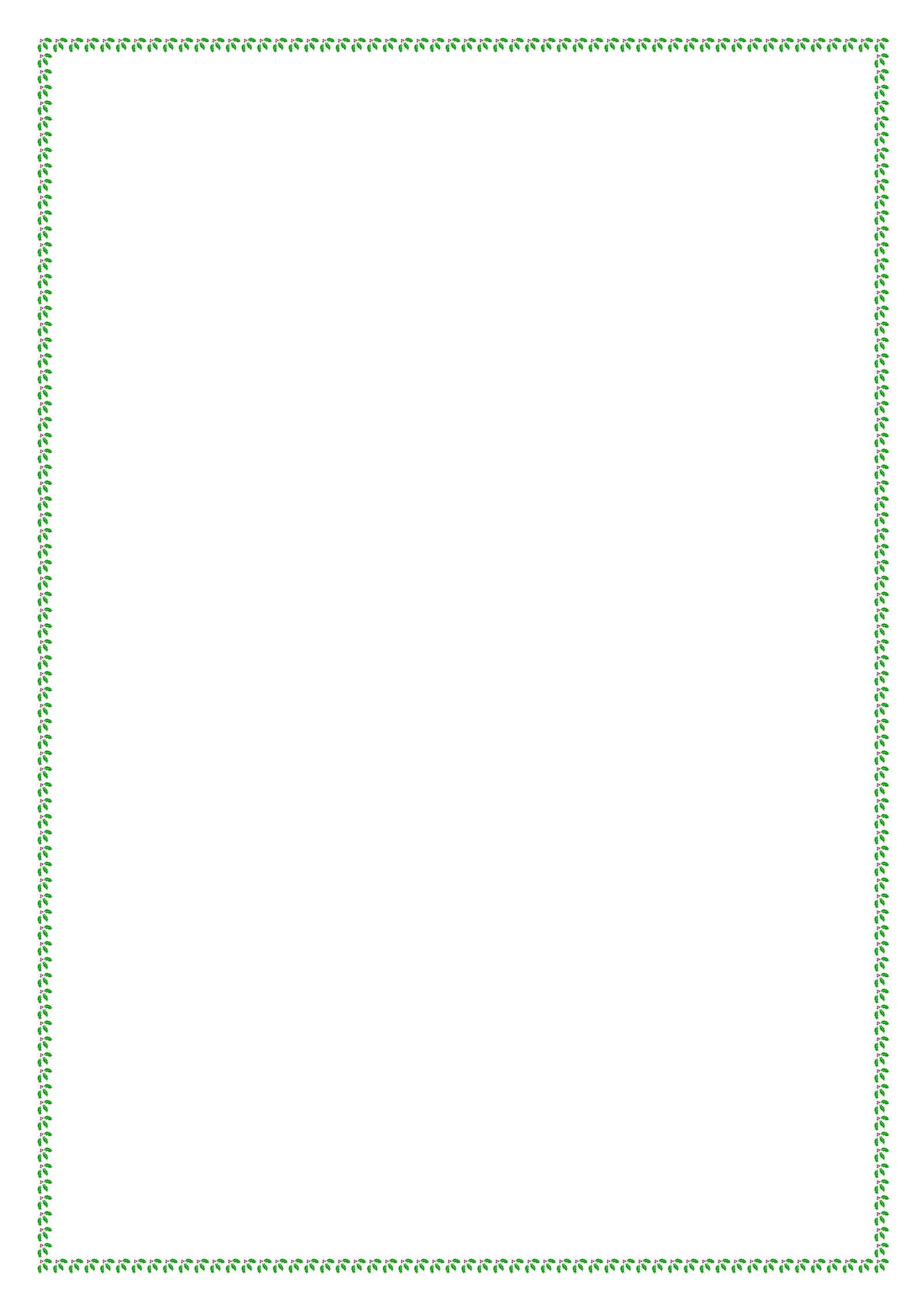
【中学校、特別支援学校中学部 等】

	学校名（所属名）	所属機関	クラス	担任	通級指導学級（特別支援教室）
1年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
2年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
3年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】

【高等学校、特別支援学校高等部 等】

※担任等のお名前を記録してください。

	学校名（所属名）	所属機関	クラス	担任	通級指導学級
1年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
2年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】
3年		年 月～ 年 月			無 有：【学校名】 【担当者名】



【小・中学校（　　）年生シート】

記入日 年 月 日

担任の氏名			
特別支援教室の利用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	開始 年 月 日～	担当者名：
通級指導学級の利用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	開始 年 月 日～	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> ことばときこえの教室 学 校 名： 担当者名：
スクールカウンセラー対応	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	カウンセラー名：	
教育相談対応	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	教育相談担当者名：	
支援機関	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	子育て相談課	保健センター・子ども家庭支援センター
		障害福祉課	障害福祉課
		専門機関	医療機関・療育機関
		その他	
本人の願い（希望）			
保護者の願い（希望）			

項目	良いところ・伸ばしたところ	不安なところ・気になるところ
生活習慣 例) 食事・着替え・トイレ・片付け		
学習 例) 授業・宿題・校外活動		
友人関係 例) 人との関わり方・好きな友達		
運動機能面 例) 運動・手作業		
登下校時の様子 例) ひとり下校・ルールがわかる		
学校外での集団活動 例) 趣味・余暇活動・塾		
家庭での様子 例) 親子関係・兄弟関係		
その他		

【生活の記録】 ※思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年 月 日	出 来 事

【高等学校・専門学校（　　）年生シート】 記入日 年 月 日

担任の氏名			
通級指導学級の利用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	開始 年 月 日～	学校名： 担当者名：
スクールカウンセラー対応	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	カウンセラー名：	
教育相談対応	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	教育相談担当者名：	
支援機関	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒	子育て相談課	保健センター・子ども家庭支援センター
		障害福祉課	障害福祉課
		専門機関	医療機関・療育機関
		その他	
本人の願い（希望）			
保護者の願い（希望）			

項目	良いところ・伸ばしたところ	不安なところ・気になるところ
生活習慣 <small>例) 食事・着替え・トイレ・片付け</small>		
学習 <small>例) 授業・宿題・校外活動</small>		
友人関係 <small>例) 人との関わり方・好きな友達</small>		
運動機能面 <small>例) 運動・手作業</small>		
登下校時の様子 <small>例) ひとり下校・ルールがわかる</small>		
学校外での集団活動 <small>例) 趣味・余暇活動・塾</small>		
家庭での様子 <small>例) 親子関係・兄弟関係</small>		
その他		

【生活の記録】 ※思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年 月 日	出 来 事

学校生活支援シート
(個別の教育支援計画)

年度～ 年度

このシートは、学校をはじめ、お子さんと関わる様々な人達が共通理解し、同じ視点でお子さんを支えるために作成するものです。

お子さんが安心して豊かな学校生活を送ることができるよう、学校での学習や生活で配慮してほしいこと、「こんな子どもに育ってほしい」という願いを基に、指導や支援の計画を立てていきます。

フリガナ		性別	学年・組
氏名			年 組
学校		校長名	
備考			

1 学校生活への期待や成長への願い（こんな学校生活がしたい、こんな子ども（大人）に育ってほしい、など）

本人から	
保護者から	

2 支援機関の支援

在籍校	年度 年 組 担任名：	年度 年 組 担任名：
	年度 年 組 担任名：	年度 年 組 担任名：
	年度 年 組 担任名：	年度 年 組 担任名：
特別支援 学級	支援機関： 学級 支援期間： 年 月～	
	支援内容：	
	年生： 担当者： 年生：	年生： 年生： 年生：
特別支援 教室	支援機関：はばたき教室 支援期間： 年 月～	
	支援内容：	
	年生： 担当者： 年生：	年生： 年生： 年生：
	支援機関： 担当者：	連絡先：
	支援内容：	
	支援期間： ()～()	
	支援機関： 担当者：	連絡先：
	支援内容：	
	支援期間： ()～()	

児童・生徒名：

3 支援会議の記録		
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等
日時 年　月　日 ～ ：	参加者：	協議内容・引継事項等

(年度)

【 年 組】 氏名 :

担任名 :

現在のお子さんの様子（得意なこと・頑張っていること、不安なことなど）

○得意なこと・頑張っていること

○不安なこと

○その他

支援の目標

学校の指導・支援

家庭の支援

成長の様子

来年度への引継ぎ

以上の内容について了解し確認しました。

年 月 日 保護者氏名 _____ 名 _____

高等学校卒業後の記録

【高等学校卒業後・進学の記録】

記入日 年 月 日

専門学校等進学

(年 月 ~ 年 月)

学校名 :

学科名 :

大学進学

(年 月 ~ 年 月)

学校名 :

学科名 :

○登校状況

- ほぼ休まず登校した
- 試験や行事の前などに休むことがあった
- 登校を渋る時期があった
- 長期に登校できない時期があった

- 卒業した
- 留年した
- 転編入した
- 中退した

理由 :

○部活動・サークル活動など

()

○趣味・余暇活動など

()

備考

【生活の記録】 ※思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年 月 日	出 来 事

【学業終了後・就労の記録】

記入日 年 月 日

就労先等	<input type="checkbox"/> 作業所（事業所）名 (年 月 ~ 年 月)				<input type="checkbox"/> すぐに就労先が決まった <input type="checkbox"/> 就労先がなかなか決まらず苦労した <input type="checkbox"/> 書類審査は通過するが、面接試験で不合格になることが多かった <input type="checkbox"/> 繼続して勤務している <input type="checkbox"/> 勤務したが長続きしなかった <input type="checkbox"/> 転職した（ 回） 理由：
	<input type="checkbox"/> 会社名 (年 月 ~ 年 月)				
	<input type="checkbox"/> 就職活動中 年 月 ~ 年 月				
	<input type="checkbox"/> 就労していない				
備考					

【生活の記録】 ※思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年 月 日	出 来 事

じゅうきろく 自由記録

わたし もくひょう
【私の目標】 No. _____

ちょうきてき もくひょう
長期的な目標 :

き 決めた日 : . . .

振り返り日 (学年末など)	目標に向かってがんばったこと (短期的な目標)	まだ むずかしい	すこし できる	ときどき できる	かなり できる

【記入例】

ちょうきてき もくひょう
長期的な目標 : かんじょうのコントロールができるようになる

き 決めた日 : H26. 3. 20

ねんせい 1年生	たんきてき もくひょう (短期的な目標) ともだちとけんかをしたときに てをださずに、ことばでつたえる。		○		
ねんせい 2年生	ともだちとけんかをしたときに てをださずに、ことばでつたえる。			○	

た
は
※足りない場合はコピーしてください

わたし もくひょう
【私の目標】 No. _____

ちようきてき もくひょう
長期的な目標 :

き 決めた日 : . . .

ふりかえりひ (学年末など)	もくひょう む 目標に向かってがんばったこと (短期的な目標)	まだ むずかしい	すこし できる	ときどき できる	かなり できる

【記入例】

ちようきてき もくひょう
長期的な目標 : かんじょうのコントロールができるようになる

き 決めた日 : H26. 3. 20

ねんせい 1年生	たんきてき もくひょう (短期的な目標) ともだちとけんかをしたときに てをださずに、ことばでつたえる。		○		
ねんせい 2年生	ともだちとけんかをしたときに てをださずに、ことばでつたえる。			○	

た
は
※足りない場合はコピーしてください

じゅうきろく 自由記録

※思ったこと・感じたことを自由にお書きください。必要部数コピーしてお使いください。

※思ったこと・感じたことを自由にお書きください。必要部数コピーしてお使いください。