

【様式1-1】プロフィール

(年 月 日 記入)

ふりがな		性別	生年月日			
氏名			年	月	日生 (歳)	
保護者氏名	続柄		電話番号 (連絡先)	[自宅]		
				[携帯]		
住所						
家族構成	続柄	年齢	備考			
生育歴	出生時	在胎期間	週	日	体重 g	
		身長	cm		頭周 cm	
		出生直後の状態	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常 ()			
		出産した病院				
	乳・幼児期	[※ 母子手帳を参考にしてご記入ください]				
		・首がすわったのはいつですか				(歳 月 日)
		・寝返りができるようになったのはいつですか				(歳 月 日)
		・つかまり立ちができるようになったのはいつですか				(歳 月 日)
		・ひとりで歩くことができるようになったのはいつですか				(歳 月 日)
		・ママ、ブーブーなど意味のあることばを話すようになったのはいつですか				(歳 月 日)
・ワンワンキタ、マンマチョウダイなど2語文を話すようになったのはいつですか				(歳 月 日)		
※ことばについて、心配なことがありましたか (歳頃 ・ 内容)						
※行動について、心配なことがありましたか (歳頃 ・ 内容)						
・身体発達 (普通 ・ 肥満 ・ やせぎみ ・ 小柄)						
健診結果	乳児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた ()				
	1歳6ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた ()				
	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない ・ <input type="checkbox"/> 受けた ()				
	その他					
健康	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()				
	薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()				
	持病	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()				
	発作	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()				
	服薬	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()				
	その他					

氏名 ()

診断等	機関名	診断名	診断日
手帳の取得	種類	等級・番号	発行年月日
	療育手帳	無 ・ 有 : A ・ B	年 月 日交付
	身体障害者手帳	無 ・ 有 : 種 級	年 月 日交付
	精神保健福祉手帳	級	年 月 日交付
保育歴 療育歴 教育歴	保育所(園)	(名称	年 月 ~)
	幼稚園	(名称	年 月 ~)
	小学校	(名称	年 月 ~)
		(名称	年 月 ~)
	通級指導教室	(名称	年 月 ~)
	特別支援学級	(名称	年 月 ~)
	中学校	(名称	年 月 ~)
		(名称	年 月 ~)
	通級指導教室	(名称	年 月 ~)
	特別支援学級	(名称	年 月 ~)
	高等学校 等	(名称	年 月 ~)
	療育	(名称	年 月 ~)
		(名称	年 月 ~)

相談支援の経過

時期	相談機関等	相談等の概要

特記事項 (配慮してほしいこと)

【様式1-2】 家庭での様子

氏名 ()

ことば・理解	
生活	
人とのかかわり	
運動・あそび	
その他	

生育の記録・プロフィールを学校に提出します。
就学後の「個別の教育支援計画」や「個別の指導計画」作成に利用されることを了解します。

年 月 日 保護者氏名 印