

成長の記録

すこやかファイル



お子さんの名前

御坊市・美浜町・日高町・由良町・印南町・日高川町

日高振興局健康福祉部（御坊保健所）

御坊・日高圏域自立支援協議会子ども部会

はじめに・・・

目的

お子様のすこやかな成長を願って、一人ひとりに応じた「継続した支援」を行い、将来本人の自立に役立てるためにとこの記録ファイルが作られました。子どもにはさまざまな特性があります。いろいろな情報を保護者が記載するだけでなく、生活や勉強などの面で支援が必要な場合、関係者がその内容を記載することによって、保健・福祉・医療・教育そして就労といった関係の方々がお子様の育ちの情報を共有して、乳幼児期から成人に至るまで一人一人に合った切れ目のない支援をしていくことを目的にしています。

このファイルの使い方

すべてのページに記入する必要はありません。また、どのページから活用し始めても結構です。「こんなことを知ってもらいたいな」「こんな印象的なことがあったな」など、自由にお書きください。

また、学校・福祉機関・医療機関・行政機関等でもらった用紙を綴じてください。

保護者の方へ

ファイルの内容は大変重要な個人情報ですので、大切に扱ってください。

また、各種相談や受診、手続き等をする場合には、ぜひこのファイルを持参してください。

関係者の方へ

幼稚園・保育所から小学校へ、中学校、高校へと進級・進学する際に、支援経過や内容を記載することは、一貫した支援のためには大変重要です。保護者の記入による情報はもちろんですが、各関係者による専門的な視点でみた情報も、支援の充実には欠かせません。積極的に活用ください。



ファイル利用票

No.	シートの名称	ページ	No.	シートの名称	ページ
1	プロフィール	2	20	中学3年生シート	37
2	乳幼児期の記録	3	21	高校1年生シート	39
3	発達相談・療育相談の資料・記録	5	22	高校2年生シート	41
4	所属（保育園や学校等）の記録	7	23	高校3年生シート	43
5	0歳児シート	8	24	成人期の生活の記録	45
6	1歳児シート	10	25	その他の記録・資料	46
7	2歳児シート	12	26	身長・体重の記録	47
8	3歳児シート	14	27	病歴・入院治療歴・服薬歴	48
9	4歳児シート	16	28	福祉情報シート	50
10	5歳児シート	18	29	関係機関一覧	51
11	保育園・幼稚園の頃の記録	20			
12	小学1年生シート	21			
13	小学2年生シート	23			
14	小学3年生シート	25			
15	小学4年生シート	27			
16	小学5年生シート	29			
17	小学6年生シート	31			
18	中学1年生シート	33			
19	中学2年生シート	35			

1. プロフィール



記入日 年 月 日 現在

ふりがな	性別	生年月日	
氏名			
住所	連絡先（電話、携帯電話等）		
転居先	連絡先（電話、携帯電話等）		
家族構成	<p>記入例</p> <p>□ 男 ○ 女</p>	父の名称：	
		母の名称：	
		きょうだいの名称：	
		きょうだいの名称：	
		父方祖父母の名称：	
母方祖父母の名称：			
現在利用している医療機関	診断名		
主治医の名称	服用している薬		
所持手帳	親の会等入会状況		
今までにかかった主な病気 アレルギー疾患、骨折などの外傷、入院など			
病名	年月日	症状、服薬状況など	医療機関名

2. 乳幼児期の記録

在胎週数	出生時体重		
出生した医療機関	アプガースコア		
出生時の様子			
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 運動面の発達の様子 精神面の発達の様子 </div>			
首がすわる	歳 か月	あやすと笑う	歳 か月
寝返り	歳 か月	おもちゃに手を伸ばす	歳 か月
お座り	歳 か月	人の顔を見て声を出す	歳 か月
はいはい はい方 肘ばい・四つばい・高ばい・その他 ()	歳 か月	人見知りをする (ない・初めての場所もいやがる)	歳 か月
一人歩き	歳 か月	呼ぶと振り向く	歳 か月
走る	歳 か月	まねをする	歳 か月
その場でジャンプ	歳 か月	指さしをする	歳 か月
階段 (一人で)	歳 か月	意味のある単語を話す	歳 か月
ケンケン	歳 か月	2 語文を話す	歳 か月
		物の大小がわかる	歳 か月
		円が描ける	歳 か月
		自分の名前が言える	歳 か月
		簡単な質問にことばで答えられる	歳 か月
		友達と遊ぶ	歳 か月
		ごっこ遊びをする	歳 か月

乳幼児健診・相談歴



4か月児健診	年 月 日 (か月 日)	場所
特記事項		
10か月児健診	年 月 日 (か月 日)	場所
特記事項		
1歳6か月児健診	年 月 日 (歳 か月)	場所
特記事項		
2歳6か月児健診	年 月 日 (歳 か月)	場所
特記事項		
3歳6か月児健診	年 月 日 (歳 か月)	場所
特記事項		
5歳児健診	年 月 日 (歳 か月)	場所
特記事項		
その他の時期の相談	年 月 日 (歳 か月)	場所
特記事項		
その他の時期の相談	年 月 日 (歳 か月)	場所
特記事項		

3. 発達相談・療育相談の記録・資料



発達相談時の記録・資料などを、このシートの後ろに綴じてください。

作業療法・言語療法を受けている場合は、記録しておきましょう。

月日/年齢	相談したこと	結果概要	相談機関・場所
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			

月日/年齢	相談したこと	結果概要	相談機関・場所
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			
年 月 日 (歳)			

4. 所属（保育園や学校等）の記録

年月日	所属	住所	電話

5. 0歳児シート

記入日（ 月 日 ） 記入者（ 父・母・その他 ）



児の年齢	(例) ○か月 ○○月○○日 初めてつかまり立ちをした。 母子手帳の内容を参照に
0か月	
1か月	
2か月	あやすと笑う()か月
3か月	
4か月	首がすわる()か月
5か月	
6か月	一人座りができる()か月
7か月	寝返りができる()か月
8か月	はいはいをする()か月
9か月	母親を後追いする()か月
10か月	つかまり立ちをする()か月
11か月	
12か月	バイバイ、こんにちは等の身ぶりをする()か月

～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

6. 1歳児シート (月 日で1歳になりました。)



記入日 (月 日) 記入者 (父 ・ 母 ・ その他)

健康面 (からだの様子)	体格や身長、体重で気になることはありますか	はい ・ いいえ
運動面	しっかり一人で歩きますか	はい (歳 か月) ・ いいえ
	小さいものを親指とひと差し指でつまみますか	はい ・ いいえ
栄養と食事	コップを一人でもち、飲むことができますか	はい ・ いいえ
	こぼしながらでもスプーンを使って一人で食べられますか	はい ・ いいえ
	好き嫌いがありますか	はい () ・ いいえ
睡眠・ 生活リズム	1日3食(朝食・昼食・夕食)食べますか	はい ・ いいえ
	早寝・早起きのリズムはつきましたか (おきる時間 時 ・ ねる時間 時)	はい ・ いいえ
人とのかわり (人見知りなど)	相手になって遊ぶとよろこびますか	はい ・ いいえ
	後追いをしますか	はい ・ いいえ
遊び	積み木等をつんだり、こわしたりして遊びますか	はい ・ いいえ
	散歩や外あそびへ行くことをよろこびますか	はい ・ いいえ
「ことば」と 「聞こえ」	名前を呼ばれたら動作や言葉で返事をしますか	はい ・ いいえ
	「ワンワン」「プープー」など意味のあることばを話しますか	はい ・ いいえ
発達相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日 担当)	
育児教室等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
サークル等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
園名		組

～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



7. 2歳児シート (月 日で2歳になりました。)



記入日 (月 日) 記入者 (父・母・その他)

健康面 (からだの様子)	体格や身長、体重で気になることはありますか	はい・いいえ
運動面	走り回ることができますか	はい・いいえ
	一段くらいの階段をとびおることができるかどうか	はい・いいえ
栄養と食事	こぼすこともあるが一人で食べられますか	はい・いいえ
	よくかんで食べますか	はい・いいえ
	好き嫌いがありますか	はい ()・いいえ
睡眠 ・ 生活リズム	1日3食(朝食・昼食・夕食)を食べていますか	はい・いいえ
	早寝、早起きのリズムはつきましたか (おきる時刻 時・ねる時刻 時)	はい・いいえ
人のかかわり (人見知りなど)	かんたんな「ごっこあそび」をおうちの人と一緒にしますか	はい・いいえ
遊び	どんな遊びが好きですか? ()	
	歌にあわせて手遊びをしたりリズムにあわせて身体を動かしたりしますか	はい・いいえ
「ことば」 と 「聞こえ」	自分の名前を言えますか	はい・いいえ
	二語文(ワンワンキタ・アッチイクなど)を言えますか	はい・いいえ
発達相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 担当)	
育児教室等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
サークル等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
園名		組

～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



8. 3歳児シート (月 日で3歳になりました。)



記入日 (月 日) 記入者 (父・母・その他)

健康面 (からだの様子)	体格や身長、体重で気になることはありますか	はい・いいえ
運動面	階段を手を使わずに、足を交互に出してのぼれますか	はい・いいえ
	三輪車に乗ることができますか	はい・いいえ
栄養と食事	箸を使って食事をしますか	はい・いいえ
	食器に手をそえて食べますか	はい・いいえ
	好き嫌いがありますか	はい ()・いいえ
睡眠 ・ 生活リズム	1日3食(朝食・昼食・夕食)を食べていますか	はい・いいえ
	早寝、早起きのリズムはつきましたか (おきる時刻 時・ねる時刻 時)	はい・いいえ
人のかかわり (人見知りなど)	簡単な決まり(順番や交替など)がわかりますか	はい・いいえ
	お友だちといろいろな「ごっこあそび」をしますか	はい・いいえ
遊び	好きな遊びはなんですか	
「ことば」	ナニ・ダレ・ドコなどを使った質問を盛んにし、よくお話ししますか	はい・いいえ
	発声・発音について気になることはありますか	はい・いいえ
「見え方」 と 「聞こえ」	物を見るときに目をほそめたり、極端に近づいたり、斜めに見たりなど見え方が気になりますか	はい・いいえ
	聞き返し・聞き間違いは多いですか	はい・いいえ
発達相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 担当)	
育児教室等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
サークル等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
園名		組

～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



9. 4歳児シート (月 日で4歳になりました。)

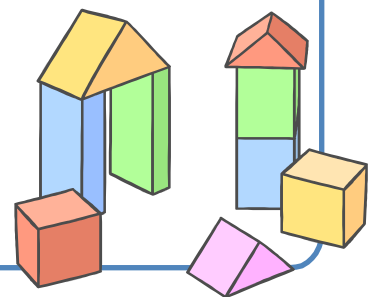


記入日 (月 日) 記入者 (父・母・その他)

健康面 (からだの様子)	体格や身長、体重で気になることはありますか	はい・いいえ
運動面	片足でケンケンしますか	はい・いいえ
	障害物をさけて走りますか	はい・いいえ
栄養と食事	食事の準備や後片付けをしますか	はい・いいえ
	好き嫌いがありますか	はい () ・いいえ
睡眠 ・ 生活リズム	1日3食(朝食・昼食・夕食)を食べていますか	はい・いいえ
	早寝、早起きのリズムはつきましたか (おきる時刻 時・ねる時刻 時)	はい・いいえ
人のかかわり	お友達と一緒に仲よく遊べますか	はい・いいえ
遊び	好きな遊びはなんですか ()	
「ことば」	話しかけたり、問いかけられたら自分なりの言葉で返答しますか	はい・いいえ
「見え方」 と 「聞こえ」	目が悪いのではないかと感じることはありますか	はい・いいえ
	耳の聞こえが悪いのではないかと感じることはありますか	はい・いいえ
発達相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 担当)	
園名		組

～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



10. 5歳児シート (月 日で5歳になりました。)

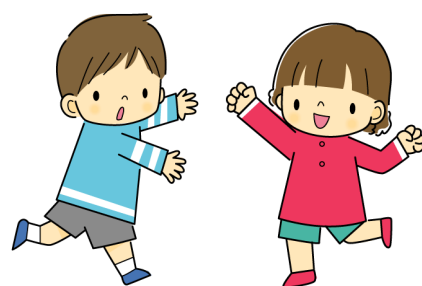


記入日 (月 日) 記入者 (父・母・その他)

健康面 (からだの様子)	体格や身長、体重で気になることはありますか	はい・いいえ
運動面	縄とびができますか	はい・いいえ
	スキップができますか	はい・いいえ
栄養と食事	お箸をうまく使えますか	はい・いいえ
	好き嫌いがありますか	はい ()・いいえ
睡眠 ・ 生活リズム	1日3食(朝食・昼食・夕食)を食べていますか	はい・いいえ
	早寝、早起きのリズムはつきましたか (おきる時刻 時・ねる時刻 時)	はい・いいえ
人のかかわり	ことばで簡単な用件を伝えられますか	はい・いいえ
	鬼ごっこやかくれんぼなどルールがわかり、遊ぶことができますか	はい・いいえ
遊び	好きな遊びはなんですか ()	
	好きなお友達がいますか	はい・いいえ
「ことば」	発音がはっきりしていますか	はい・いいえ
	ことばがつまったり、でにくかったりする ことばの覚えまちがい、言いまちがいをするときがある (例えば、「とうもろこし」を「とうもころし」など) ことばで簡単な用件を伝えられる	はい・いいえ はい・いいえ
「見え方」 と 「聞こえ」	目が悪いのではないかと感じることはありますか	はい・いいえ
	耳の聞こえが悪いのではないかと感じることはありますか	はい・いいえ
発達相談	□無 □有 (年 月 日 担当)	
園名		組

～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



12. 小学1年生シート



小学1年生時の記録 記入日 () 記録者 ()

学校名	担任の氏名		
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
校内個別学習	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名	・
通級指導教室 (ことば・まなび)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名	
教育相談 (校内: スクールカウンセラー等)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名	
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 (校外) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者()		
適応指導教室 (メイト他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名	
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 ()	医師名 ()
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名()	
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
学校外での集団活動 (学童保育など)			
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





13. 小学2年生シート

小学2年生時の記録 記入日 () 記録者 ()

学校名		担任の氏名	
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
校内個別学習		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名
通級指導教室 (ことば・まなび)		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名
教育相談 (校内: スクールカウンセラー等)		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名
教育相談機関 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 (校外) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者()			
適応指導教室 (メイト他)		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名
医療機関受診		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 医師名 () 診断名 ()
受診有りの場合 服薬		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名()
福祉サービスの利用		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
学校外での集団活動 (学童保育など)			
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



14. 小学3年生シート

小学3年生時の記録

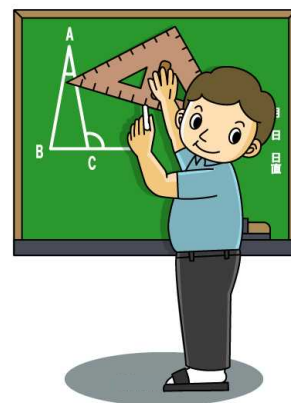
記入日 () 記録者 ()



学校名	担任の氏名		
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
校内個別学習	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名	.
通級指導教室 (ことば・まなび)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名	
教育相談 (校内: スクールカウンセラー等)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名	
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 (校外) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者()		
適応指導教室 (メイト他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名	
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 ()	医師名 ()
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名()	
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
学校外での集団活動 (学童保育など)			
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



15. 小学4年生シート

小学4年生時の記録 記入日 () 記録者 ()



学校名	担任の氏名		
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
校内個別学習	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名	.
通級指導教室 (ことば・まなび)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名	
教育相談 (校内: スクールカウンセラー等)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名	
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 (校外) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者 ()		
適応指導教室 (メイト他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名	
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 ()	医師名 ()
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名 ()	
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
学校外での集団活動 (学童保育など)			
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



16. 小学5年生シート



小学5年生時の記録 記入日 () 記録者 ()

学校名		担任の氏名	
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
校内個別学習		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名
通級指導教室 (ことば・まなび)		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名
教育相談 (校内: スクールカウンセラー等)		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名
教育相談機関 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 (校外) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者 ()			
適応指導教室 (メイト他)		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名
医療機関受診		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 医師名 () 診断名 ()
受診有りの場合 服薬		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名 ()
福祉サービスの利用		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
学校外での集団活動 (学童保育など)			
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



17. 小学6年生シート

小学6年生時の記録 記入日 () 記録者 ()



学校名	担任の氏名		
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
校内個別学習	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名	・
通級指導教室 (ことば・まなび)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名	
教育相談 (校内: スクールカウンセラー等)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名	
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 (校外) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者()		
適応指導教室 (メイト他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名	
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 ()	医師名 ()
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名()	
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
学校外での集団活動 (学童保育など)			
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



18. 中学1年生シート



中学1年生時の記録 記入日 () 記録者 ()

学校名	担任の氏名		
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
教育相談	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 校内 ・ <input type="checkbox"/> 校外) ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名	
校内個別学習	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	教科・担当者名	
通級指導教室	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	通級指導教室担当者名	
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他()	担当者 ()	
適応指導教室 (メイト他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名	
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 ()	医師名 ()
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名	
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
部活動			
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



19. 中学2年生シート

中学2年生時の記録 記入日 () 記録者 ()



学校名		担任の氏名	
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
教育相談 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 校内 ・ <input type="checkbox"/> 校外) ・ <input type="checkbox"/> 無		教育相談担当者名	
校内個別学習 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		教科・担当者名	
通級指導教室 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		通級指導教室担当者名	
教育相談機関 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他() 担当者 ()			
適応指導教室 (メイト他) <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		適応指導教室担当者名	
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		機関名 () 医師名 () 診断名 ()	
受診有りの場合 服薬 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		薬名	
福祉サービスの利用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
部活動			
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



20. 中学3年生シート

中学3年生時の記録

記入日 ()

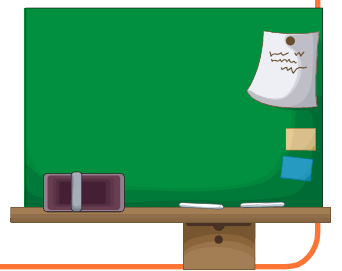
記録者 ()



学校名		担任の氏名	
<input type="checkbox"/> 通常学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 知的 その他()) ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校			
教育相談 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 校内 ・ <input type="checkbox"/> 校外) ・ <input type="checkbox"/> 無		教育相談担当者名	
校内個別学習 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		教科・担当者名	
通級指導教室 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		通級指導教室担当者名	
教育相談機関 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校)		<input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘	
<input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他()		担当者 ()	
適応指導教室 (メイト他) <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		適応指導教室担当者名	
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		機関名 () 医師名 ()	
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		薬名	
福祉サービスの利用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活・行動			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
家庭・地域での様子 (登下校時など)			
部活動			
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



21. 高校1年生シート

高校1年生時の記録

記入日 () 記入者 ()



学校名		担任の氏名	
教育相談	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 校内 ・ <input type="checkbox"/> 校外) ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名	
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校)	<input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘	
	<input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者 ()	
通級指導教室	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名	
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 ()	医師名 ()
		診断名 ()	
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名	
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)	
生活習慣			
学 習			
友人関係 (人との関わり)			
運動面			
登下校時の様子			
部活動			
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



22. 高校2年生シート



高校2年生時の記録

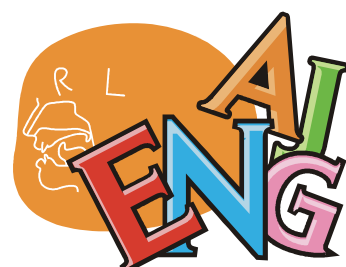
記入日 ()

記入者 ()

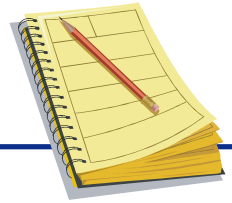
学校名	担任の氏名
教育相談 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 校内 ・ <input type="checkbox"/> 校外) ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名
教育相談機関 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者 ()
通級指導教室 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 医師名 () 診断名 ()
受診有りの場合 服薬 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名
福祉サービスの利用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)
生活習慣	
学 習	
友人関係 (人との関わり)	
運動面	
登下校時の様子	
部活動	
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



23. 高校3年生シート



高校3年生時の記録

記入日 () 記入者 ()

学校名	担任の氏名	
教育相談	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 校内 ・ <input type="checkbox"/> 校外) ・ <input type="checkbox"/> 無	教育相談担当者名
教育相談機関	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (みはま・たちばな・盲学校・ろう学校) <input type="checkbox"/> ポラリス <input type="checkbox"/> 巡回相談員 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 県教育センター学びの丘 担当者 ()
通級指導教室	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	適応指導教室担当者名
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 医師名 () 診断名 ()
受診有りの場合 服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	薬名
福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	内容 (放課後等デイサービス、ショートステイ、)
生活習慣		
学 習		
友人関係 (人との関わり)		
運動面		
登下校時の様子		
部活動		
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



24. 成人期の生活の記録



就労・進学・活動状況

年月日	年齢	就労先・進学先等	備考

25. その他の記録・資料



医療・福祉サービス申請等

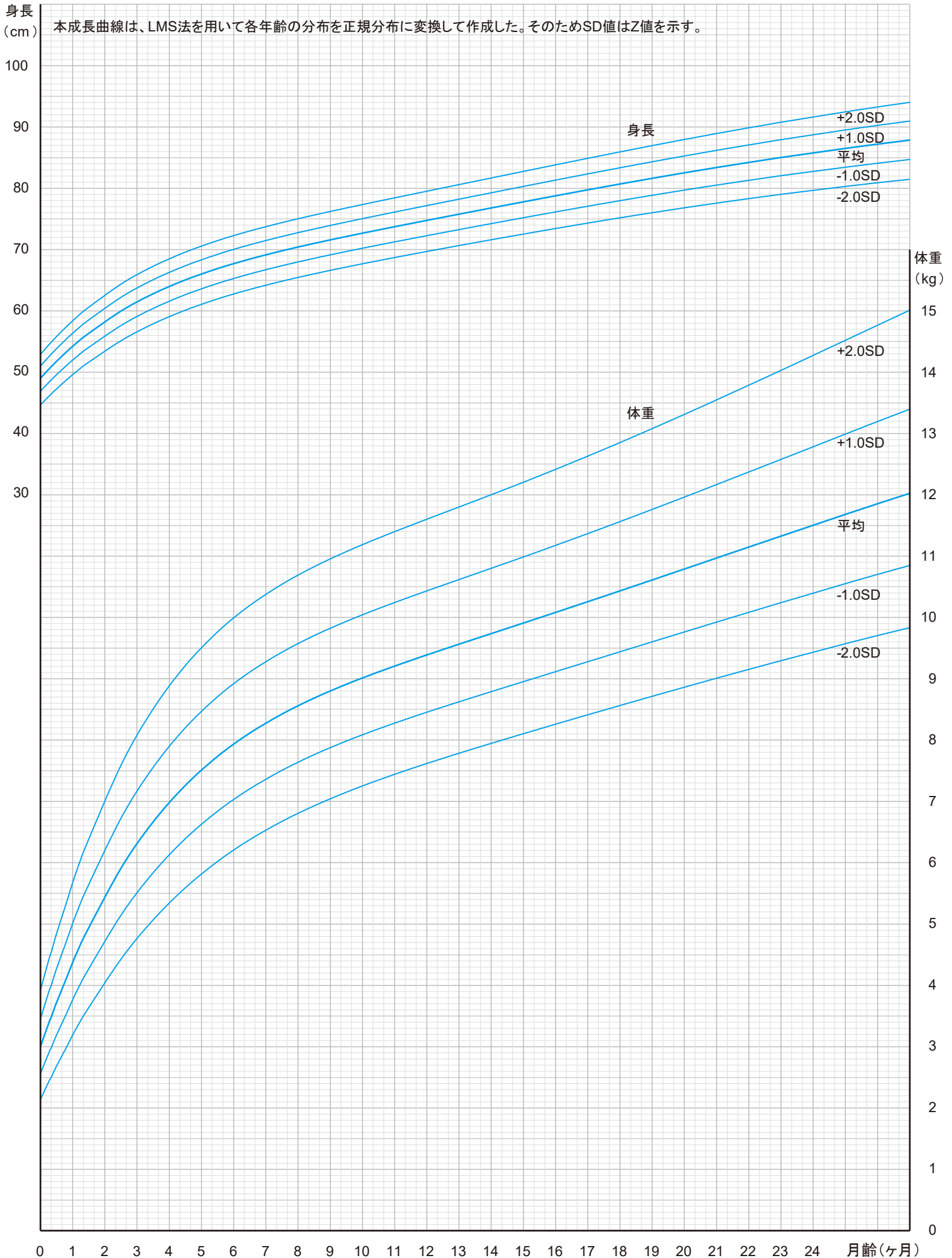
年月日	機関名	主治医 担当者	概要

26. 身長・体重の記録

	測定年月日	身長	体重	備考
出生時	年 月 日	cm	g	
1か月	年 月 日	cm	g	
4か月	年 月 日	cm	g	
6か月	年 月 日	cm	g	
10か月	年 月 日	cm	g	
1歳	年 月 日	cm	g	
1歳6か月	年 月 日	cm	kg	
2歳	年 月 日	cm	kg	
2歳6か月	年 月 日	cm	kg	
3歳	年 月 日	cm	kg	
3歳6か月	年 月 日	cm	kg	
4歳	年 月 日	cm	kg	
5歳	年 月 日	cm	kg	
6歳	年 月 日	cm	kg	
7歳	年 月 日	cm	kg	
8歳	年 月 日	cm	kg	
9歳	年 月 日	cm	kg	
10歳	年 月 日	cm	kg	
11歳	年 月 日	cm	kg	
12歳	年 月 日	cm	kg	
13歳	年 月 日	cm	kg	
14歳	年 月 日	cm	kg	
15歳	年 月 日	cm	kg	
16歳	年 月 日	cm	kg	
17歳	年 月 日	cm	kg	
18歳	年 月 日	cm	kg	

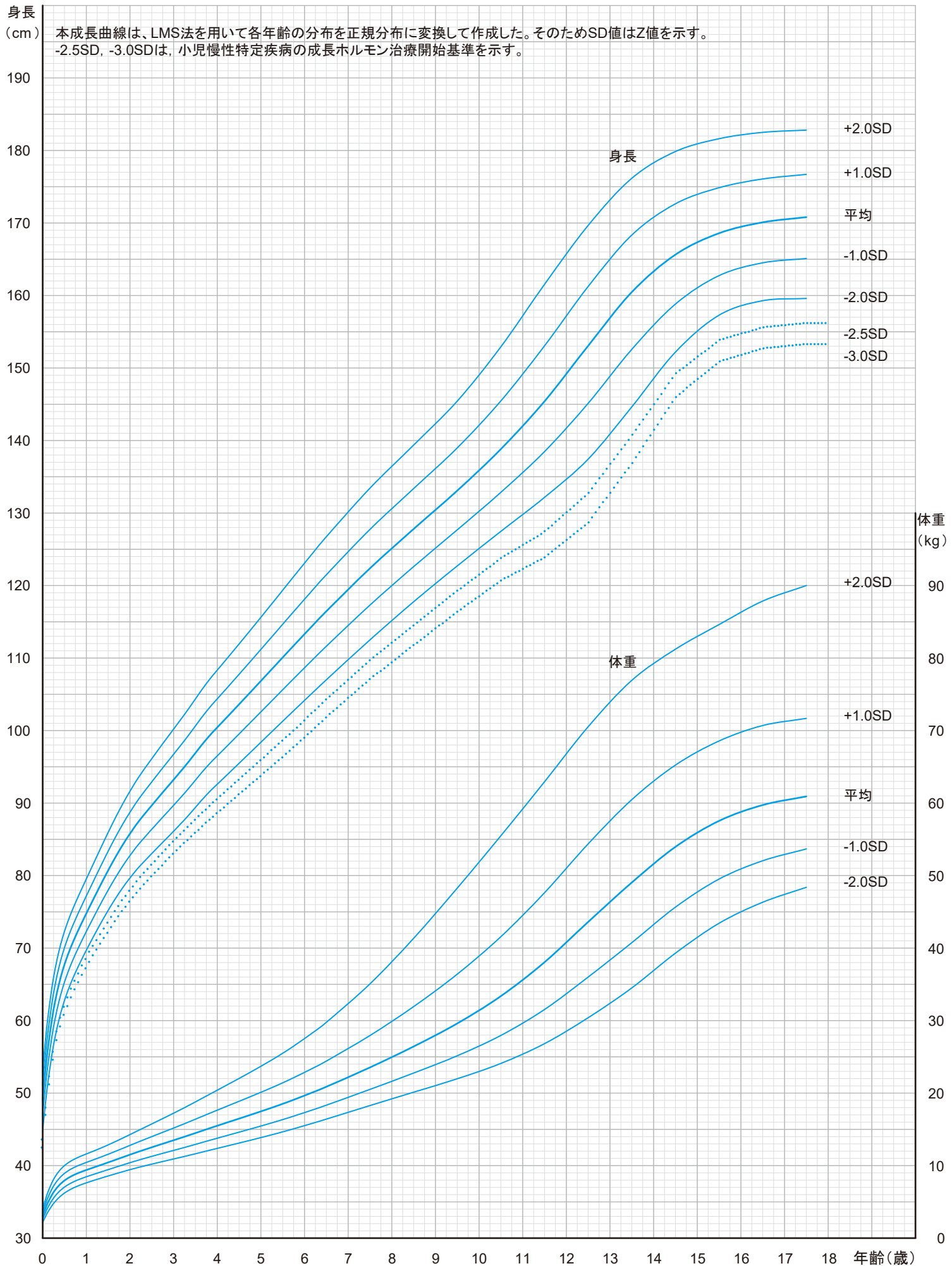
横断的標準身長・体重曲線(0 - 24 ヶ月)男子(SD表示)

(2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



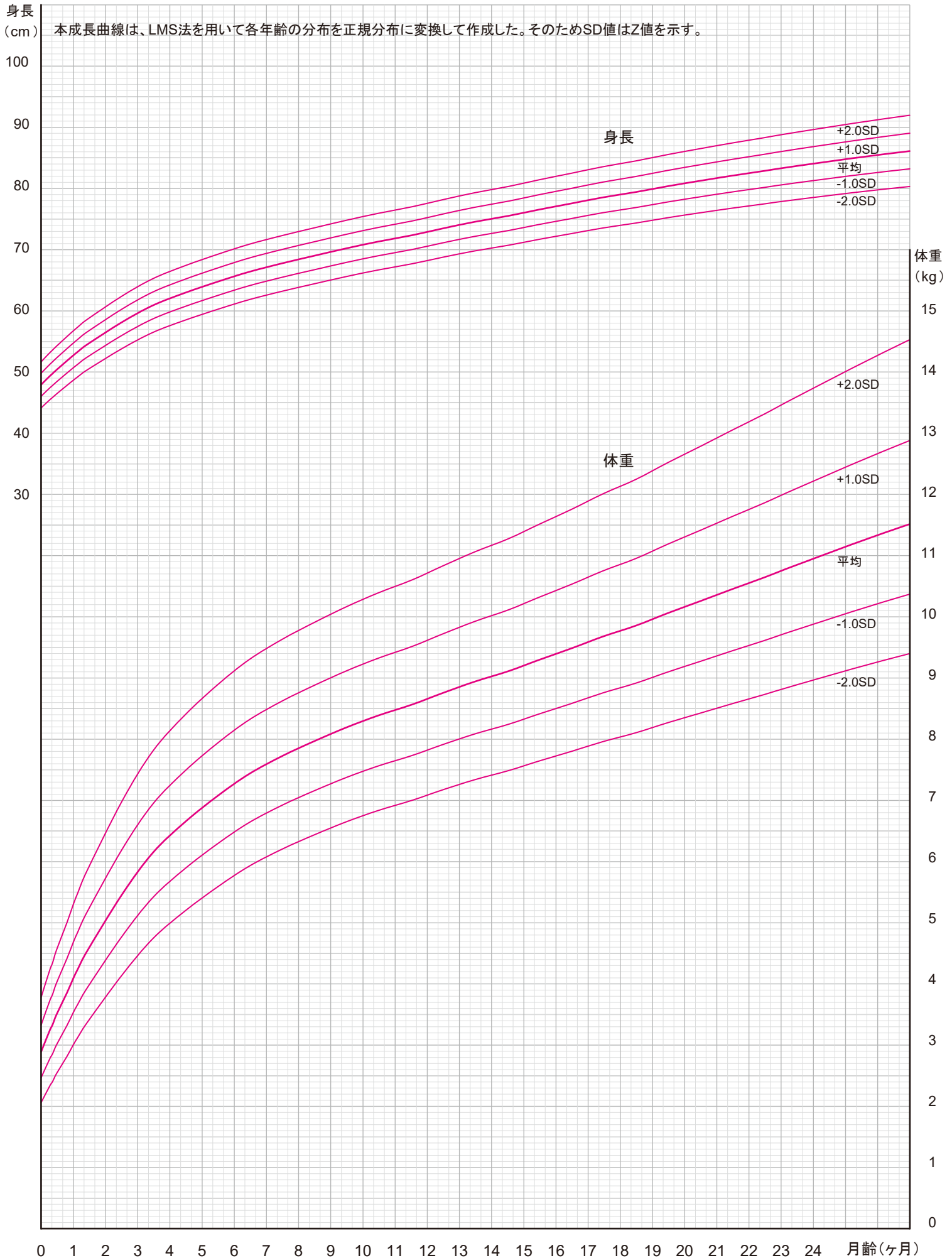
横断的標準身長・体重曲線(0 - 18 歳)男子(SD表示)

(2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)

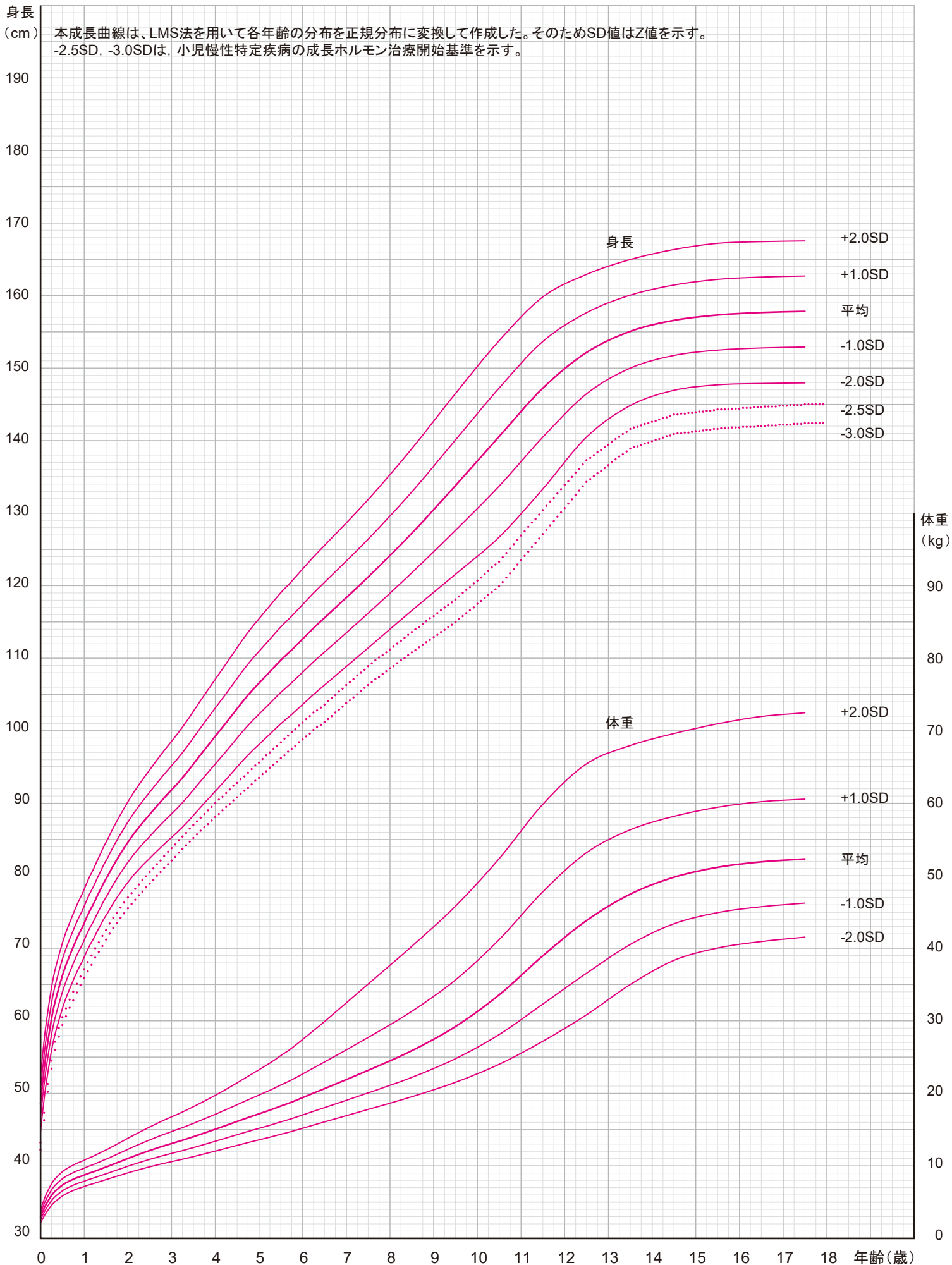


横断的標準身長・体重曲線(0 - 24 ヶ月)女子(SD表示)

(2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



横断的標準身長・体重曲線(0 - 18 歳)女子(SD表示) (2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



27. 病歴・入院治療歴・服薬歴

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日～ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日～ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日～ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日～ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日 ~ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日 ~ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日 ~ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日 ~ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日 ~ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日 ~ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

病名	いつ	入院した場合の期間	医療機関名
	年 月 日 (歳)	年 月 日 ~ 年 月 日	
服薬した薬名	いつからいつまで	病状等特記事項	
	年 月 日 ~ 年 月 日	(入院中の病状、薬の副作用等も記入)	
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

28. 福祉情報シート

○持っている福祉の手帳など

身体障害者手帳	なし・あり（種 級 障害名）	取得年月日 年 月 日
療育手帳	なし・あり（A1・A2・B1・B2）	取得年月日 年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	なし・あり（級）	取得年月日 年 月 日
その他 （ ）		取得年月日 年 月 日

○利用してる公費負担など

種類	有無	内容	いつから 年 月 日
特別児童扶養手当	なし ・ あり		年 月 日
重度心身障害者 医療費助成	なし ・ あり		年 月 日
自立支援医療 (育成・更生・精神通院)	なし ・ あり		年 月 日
小児慢性特定疾患 医療受給券	なし ・ あり		年 月 日
その他 （ ）	なし ・ あり		年 月 日

○参加している会の状況（親の会・サークルなど）

会名	連絡先	内容等	いつから 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

29. 関係機関一覧

関係機関	〒	住所	TEL	FAX
御坊保健所	644-0011	御坊市湯川町財部859-2	0738-22-3481	0738-23-3004
御坊市社会福祉課	644-8686	御坊市藺350	0738-23-5508	0738-24-2390
御坊市健康福祉課			0738-23-5645	
美浜町住民課	644-0044	美浜町和田1138-278	0738-23-4904	0738-23-3523
美浜町健康推進課			0738-23-4905	
日高町健康推進課	649-1213	日高町高家626	0738-63-3801	0738-63-3846
日高町住民福祉課			0738-63-3800	
由良町住民福祉課	649-1111	由良町里1220-1	0738-65-0201	0738-65-3507
印南町住民福祉課	649-1534	印南町印南2252-1	0738-42-1738	0738-42-8020
印南町保健センター	649-1528	印南町西ノ地1285	0738-43-8060	0738-43-8061
日高川町保健福祉課	649-1324	日高川町土生160	0738-22-9041	0738-22-9683
日高川町住民課			0738-22-1701	
日高川町中津支所	644-1122	日高川町高津尾29	0738-54-0321	0738-54-0123
日高川町美山支所	644-1201	日高川町川原河202	0738-56-0394	0738-56-7005
御坊市教育委員会	644-0002	御坊市藺367	0738-23-5525	0738-24-0528
美浜町教育委員会	644-0044	美浜町和田1138-278	0738-23-4955	0738-23-3523
日高町教育委員会	649-1213	日高町高家631	0738-63-2038	0738-63-3353
由良町教育委員会	649-1111	由良町里1220-1	0738-65-1800	0738-65-3290
印南町教育委員会	649-1534	印南町印南2252-1	0738-42-1700	0738-42-1577
日高川町教育委員会	649-1323	日高川町小熊2416	0738-22-8816	0738-24-0154
御坊市日高川町中学校組合教育委員会	649-1323	日高川町小熊2416	0738-22-8816	0738-24-0154
御坊・日高障害者総合相談センター	644-0003	御坊市島369	0738-32-7051	0738-23-2201
児童発達支援センター 通園みらい	644-0002	御坊市藺500	0738-22-7854	0738-20-2110
放課後等デイサービス 通園あこが	649-1231	日高町高家631	0738-20-4363	0738-20-4362
放課後等デイサービス 通園みらいⅡ	644-0043	美浜町吉原1083-3	0738-32-7352	0738-32-7352
児童デイサービスどりーむ	649-1121	由良町吹井130	0738-65-3311	0738-65-3311
サポートセンターゆめ			0738-65-3332	
放課後等デイサービス らん	644-0012	御坊市湯川町小松原650-1	0738-20-1090	0738-20-1500
放課後等デイサービス リハテラスひだか	644-0025	御坊市塩屋町北塩屋693-3 コーポフィン1-AB	0738-24-9008	0738-24-9009
和歌山病院 ふれあい	644-0044	美浜町和田1138	0738-22-3256	
和歌山ろう学校	640-8272	和歌山市砂山南3-1-73	073-424-3276	073-424-0310
和歌山盲学校	649-6338	和歌山市府中949-23	073-461-0322	073-461-0323
たちばな支援学校	643-0075	有田郡広川町和田21-3	0737-62-3599	0737-62-3699
みはま支援学校	644-0044	美浜町和田松原1138-259	0738-23-2379	0738-22-9399
和歌山県発達障害者支援センターボラリス	641-0044	和歌山市今福3-5-41	073-413-3200	073-413-3020
ハローワーク御坊	644-0011	御坊市湯川町財部943	0738-22-3527	0738-24-0702
紀中障害者就業・生活支援センターわーくねっと	644-0011	御坊市湯川町財部726-9	0738-23-1955	0738-32-7052
おおたにクリニック	644-0023	御坊市名田町野島1-7	0738-29-2951	
国保日高総合病院	644-0002	御坊市藺116-2	0738-22-1111	0738-22-7140

※お子さんについて他に関わっている機関があれば記入しておきましょう。何かあればお住まいの市町や保健所にご相談ください。

すこやかファイル

発行日 平成24年4月
改訂日 平成31年4月
発行 御坊・日高圏域自立支援協議会子ども部会

〈構成機関〉

日高医師会／御坊市教育委員会／美浜町教育委員会／日高町教育委員会／由良町教育委員会／印南町教育委員会／日高川町教育委員会／通級指導・相談担当(御坊小学校・内原小学校・川辺西小学校・印南小学校)／和歌山県立みはま支援学校／和歌山県立たちばな支援学校／児童発達支援センター 通園みらい／児童デイサービス どリーむ／放課後等デイサービス通園あこう／放課後等デイサービス通園みらいⅡ／独立行政法人国立病院機構 和歌山病院／御坊市立保育園代表／県相談支援体制整備事業アドバイザー／日高圏域障害児者相談支援事業所ゆめ／御坊市役所健康福祉課／美浜町役場健康推進課／日高町役場健康推進課／由良町役場住民福祉課／印南町役場住民福祉課(保健センター)／日高川町役場保健福祉課／日高振興局(御坊保健所)／御坊・日高障害者総合相談センター

問い合わせ先 御坊・日高障害者総合相談センター 電話 0738-32-7051
ファックス 0738-23-2201