

すこやかファイルの使い方



すこやかファイルは、保護者がお子さんの情報を記入し、関係資料を綴り、保護者が保管管理します。そしてお子さんの保育や教育等に関わる人へ情報提供するものです。

乳幼児健診の記録、医療・検査の記録、相談の記録、学校（園）での生活・学習の記録、卒業後（就労）の記録等、たくさんの情報が詰まったこの相談支援ファイルを活用することにより、乳幼児期から成人期まで一貫したよりよい支援を受けることができます。

【すこやかファイルの内容】

- ① 基本のシート（プロフィール等）
- ② 幼稚園・保育園のシート（生活の記録等）
- ③ 小学校のシート（生活の記録等）
- ④ 中学校・高校のシート（生活の記録等）
- ⑤ 卒業後（就労）のシート（生活の記録等）



Q. 使い方がよく分からないわ・・・

A. 保護者がお子さんの状況を記入し、保育所や幼稚園、学校、保健・医療・福祉機関からもらうお子さんについての資料をファイルに綴っておきます。

そして入園や入学の時や、新しい関係機関に相談する時、病院に受診する時などに、このファイルを活用しながら保護者と関係機関でお子さんの情報を共有します。



Q. どのように記入すればいいの？

A. お子さんの家庭での状況や保育所、幼稚園や学校の様子を記録していくものです。また保護者の方が感じたこと、出来事何でもかまいません。記入に迷う時はお子さんが関係する機関の担当者と一緒にお子さんの状況を確認しながら記入してください。保護者の方が記入することに負担とならないよう、記入できそうなところだけでもかまいません。（どの時期からでも使用開始できます）

※経過が分かるように、お子さんの成長に応じて、内容を書き加えたり、書き直したりすることをおすすめします。用紙が足りない場合はコピーまたは大崎市ウェブサイトより用紙をダウンロードしご使用下さい。学校教育課で配布することもできます。

（市ウェブサイト二次元コード）



Q. ファイルを使用するメリットは？

A. ①お子さんの成長や、各機関での支援や相談、受診などについて、1冊のファイルにまとめておくことにより、成長の様子を振り返ることができたり、様々な申請（福祉サービスや障害年金等）が生じたときに必要となる記録になります。

②ファイルを通して、支援者にお子さんの成長の様子や相談の経過について理解してもらえます。

③就学や進級、進学など次のステップに進む際に、お子さんの情報や支援の状況を共有することで、継続的で一貫した支援を受けることができます。

◇重 要◇

関係する機関（保健、福祉、医療、教育、労働等）のご担当の方へお願い

※1）このファイルは、本人及び保護者の希望により活用するものです。記入や綴じ込む際に必要があれば、お手伝いをお願いします。

※2）このファイルの中の情報が必要な場合は、必要な情報と目的をご説明いただき、本人及び保護者の同意を得て下さい。

※3）記入について分かりにくいことがあれば、大崎市教育委員会 学校教育課へお気軽にご相談下さい。（TEL 0229-23-2212）



基本のシート

○お子さんの成長の様子を記録しましょう。気になったことがあればそのことも記録しておきましょう。

○書ききれなかったことや覚え書きはフリースペースに記録しましょう。



*** 目 次 ***

プロフィール…基－１

福祉情報…基－２

生育歴…基－３

健診・検査の記録…基－４

医療の記録…基－５

相談の記録…基－６

フリースペース

相談機関一覧



(記入年月日 年 月 日)

プロフィール

1. 家族状況など

子の 氏名	ふりがな ()	性別	男 女	生年月日	年 月 日
				血液型	A・B・O・AB (Rh+・-)
住 所	TEL -				
	TEL -				
緊急時 連絡先	TEL -				
	TEL -				
家 族 状 況	続 柄	氏 名	生年月日	職 業	備 考
備 考					

2. お子さんの体質・持病（基礎疾患）など

◆食物アレルギー □あ り □な し	(原因:)
	(症状:)
◆薬アレルギー □あ り □な し	(原因:)
	(症状:)
◆てんかん □あ り □な し	(症 状:)
	(対処法:)
◆持病（慢性的な病気） □あ り □な し	病名記入:

3. 保護者の方の思いについて

保護者の方が悩んでいること	
保護者の方がうれしかったこと	
保護者の方の願い	
保護者の方が知りたいこと	

(フリースペース：ご自由にお使い下さい)



(記入年月日 年 月 日)

福祉情報

1. 持っている手帳等 ※該当するところには、□に✓を記入して下さい。

手 帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 (障害名) 交付日 年 月 日 種 級 (障害名) 交付日 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A ・ B 交付日 年 月 日 A ・ B 更新日 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 (障害名) 交付日 年 月 日 級 (障害名) 更新日 年 月 日					
手 当	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 級 (開始日 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 (開始日 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 (開始日 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> その他 () (開始日 年 月 日)					
年 金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 級 (開始日 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> その他 () (開始日 年 月 日)					
医 療 費 助 成	<input type="checkbox"/> 心身障害者医療費受給者証 (受給者証番号：)					
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 (育成医療・更生医療・精神通院) (公費負担者番号： 受給者番号：)					
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受給券 (公費負担者番号： 受給者番号：)					

2. 診断

病 名 (障 害 名)	診 断 時 期	診断機関 (担当者)

3. 福祉サービス事業所利用状況

事業所名	所在	電話番号	利用サービス名
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			

(フリースペース：ご自由にお使い下さい)



(記入年月日 年 月 日)

生育歴

※該当するところには、□に✓を記入して下さい。

1. 出産前

妊娠中、特に気になることがありましたか？（具体的に）

2. 出産時

◆出産予定日	年 月 日
◆出産日	年 月 日（妊娠 週 日）
◆お母さんの年齢	（ 歳）
◆赤ちゃんについて	体重（ g） 身長（ cm） 頭囲（ cm） 胸囲（ cm）
◆分娩の経過は？	頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 （ ）
◆仮死状態	□あり □なし
◆その他	

3. 乳幼児健診の状況（特記すること）

◆3～4か月児健診	□受けた（ ） □受けていない
◆1歳6か月児健診	□受けた（ ） □受けていない
◆3歳児健診	□受けた（ ） □受けていない

4. 感染症，その他の大きな病気など今までにかかった病気

□麻疹（はしか）（ 才頃）	□風しん（ 才頃）	□百日せき（ 才頃）
□水痘（水ぼうそう）（ 才頃）	□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（ 才頃）	
□熱性けいれん（ひきつけ）（ 才頃）	□ぜんそく（ 才頃）	
□アトピー性皮膚炎（ 才頃）	□アレルギー（ 才頃）	
□心臓疾患（ 才頃）	□結核（ 才頃）	□川崎病（ 才頃）
□その他（ 才頃）		

* 予防接種の接種歴については、母子手帳の写しをすこやかファイルに入れておくといでしょう。

5. 発達状況

◆お乳の飲み方	普通・弱かった・その他（ ）
◆運動発達	首のすわり（ ）か月頃） 寝返り（ ）か月頃） お座り（ ）か月），はいはい（ ）か月） ひとり歩き（ ）歳 ）か月）
◆聞こえは気になりましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆あやすと笑いましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆視線の合わせ方はどうでしたか	<input type="checkbox"/> 合った <input type="checkbox"/> 合うこともある <input type="checkbox"/> 合いにくかった
◆人見知りをしましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆親の後追いをしましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆指さしをしましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆「ワンワン、ブーブー」等の簡単な意味のある言葉を話しましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）歳 ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆「ワンワン来た」等の二語文を話しましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）歳 ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆欲しいものを「ちょうだい」等といえましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）歳 ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆「イヤ」と自己主張できましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）歳 ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆自分の名前が言えましたか	<input type="checkbox"/> はい（ ）歳 ）か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ
◆育児で、気になったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <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"/> よく動きまわる <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"/> 病気がちだった <input type="checkbox"/> 発語が遅い <input type="checkbox"/> 吃音がある <input type="checkbox"/> こだわりがある <input type="checkbox"/> 人との関わりが苦手 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
◆興味を示すものは何ですか？ （ ）	
◆よくする遊びは何ですか？ （ ）	



健診・検査の記録

※下の＜記入例＞を参考にして記入して下さい。

＜記入例＞

実施日	○年 ○月 ○日	実施場所	〇〇市健康センター
子どもの様子など		指導を受けたこと	
目の動きが気になるので、よく診てもらうことにした。		異常はなかったが、継続観察をするようにとのことだった。	

1 健康診査の記録

(1) 3～4か月児健診

実施日	年 月 日	実施場所	
子どもの様子など		指導を受けたこと	

(2) 1歳6か月児健診

実施日	年 月 日	実施場所	
子どもの様子など		指導を受けたこと	

(3) 3歳児健診

実施日	年 月 日	実施場所	
子どもの様子など		指導を受けたこと	

(4) 就学時健診

実施日	年 月 日	実施場所	
子どもの様子など		指導を受けたこと	

2 検査の記録

※＜記入例＞を参考にして記入して下さい。

	＜記入例＞	＜記入例＞	1
検査名（検査内容）	3歳児健診 聴覚精密検査	脳波検査	
検査実施日	○年 ○月 ○日	○年 ○月 ○日	年 月 日
実施場所	宮城県 ヒヤリングセンター	△△病院	
検査所見・結果	聴力検査を実施し、 異常なかった。	1日脳波の状態を 観察した結果、異常 が見られた。	

	2	3	4
検査名（検査内容）			
検査実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施場所			
検査所見・結果			

医療の記録

1. 保険など

保 険 証	健康保険証記号番号	子ども医療費受給者証	
		(公費負担番号)	(受給者番号)

2. 受療歴

1	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名(診断名)		
	医療機関名() 担当医(主治医)名()		
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など		指導を受けたこと
2	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名(診断名)		
	医療機関名() 担当医(主治医)名()		
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など		指導を受けたこと
3	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名(診断名)		
	医療機関名() 担当医(主治医)名()		
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など		指導を受けたこと

4	受 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	病 名（診断名）		
	医療機関名（	）担当医（主治医）名（	
	入 院 通 院 の 別	入 院	・ 通 院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	
5	受 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	病 名（診断名）		
	医療機関名（	）担当医（主治医）名（	
	入 院 通 院 の 別	入 院	・ 通 院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	

3. 特に気をつけてもらいたい病状

(病名)	(症状)	(対応)
	(医療機関名・主治医) TEL	
(病名)	(症状)	(対応)
	(医療機関名・主治医) TEL	

4. 服用している薬

薬品名（処方期間）	何の薬（目的，副作用）	服用の仕方（時間，飲み方）
(年 月 日 ～ 年 月 日)		
(年 月 日 ～ 年 月 日)		


5. 日常生活に必要な医療的ケアがあれば記入して下さい。また安全な処置や対応のための留意事項がありましたら記入して下さい。

(例) 点滴の管理, 経管栄養, 導尿, 透析, 人工呼吸器, 喀痰吸引, 酸素療法等

6. 訪問診療, 訪問看護, 訪問リハ等利用状況

事業所名	所在	電話番号	内容
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			

(フリースペース：ご自由にお使い下さい)



相談の記録

園や学校、保健センター、病院、療育センター、児童相談所等で相談をした内容について記載しましょう。検査を受けた場合には、その記録も分かる範囲で記入しておきましょう。

＜記入例＞ ※下の＜記入例＞を参考にして記入して下さい。

記 入 例	実 施 日	〇〇年 〇月 〇日 子ども（ 4 ）才
	実 施 場 所	△△相談センター
	相談内容（子どもの様子など）	
	発語や言葉の理解が遅い、集中して物事に取り組むことが難しく心配である。	
	指導を受けたこと（担当者：△△相談センター 〇〇先生 ）	
	視線を合わせて言葉をかけることやメディアを減らし一緒に遊ぶ時間を作ること。 子供がどれくらい理解できているか知るために、次回発達検査を受けることにした。	

1	実 施 日	年 月 日 子ども（ ）才
	実 施 場 所	
	相談内容（子どもの様子など）	
	指導を受けたこと（担当者： ）	
2	実 施 日	年 月 日 子ども（ ）才
	実 施 場 所	
	相談内容（子どもの様子など）	
	指導を受けたこと（担当者： ）	

相談の記録

3	実 施 日	年 月 日 子ども（ ）才
	実 施 場 所	
	相談内容（子どもの様子など）	
3	指導を受けたこと（担当者： ）	
4	実 施 日	年 月 日 子ども（ ）才
	実 施 場 所	
	相談内容（子どもの様子など）	
4	指導を受けたこと（担当者： ）	
5	実 施 日	年 月 日 子ども（ ）才
	実 施 場 所	
	相談内容（子どもの様子など）	
5	指導を受けたこと（担当者： ）	

(記入年月日 年 月 日)

★フリースペース★ ご自由にお使いいただくスペースです。これまでの事を振り返って、辛かったこと楽しかったこと家族の思い出を記入したり、写真や記事の切り抜きを貼る等ご活用ください。



相談機関一覧

R7.4.1現在

	相談機関名	電話番号	業務内容
1	大崎市役所民生部健康推進課（本庁舎1階） ●母子保健担当（こども家庭センター）	0229-23-2215 0229-23-2216	妊娠・出産・子育て・乳幼児健診・予防接種・健康づくりについて等
2	松山総合支所市民福祉課 ●健康増進担当・地域福祉担当	0229-55-2114	妊娠・出産・子育て・乳幼児健診・予防接種・健康づくりについて等 児童手当，子ども医療費助成等子ども給付関係 ※保育所関係（鹿島台，岩出山，鳴子総合支所のみ）等
3	三本木総合支所市民福祉課 ●健康増進担当・地域福祉担当	0229-52-2114	
4	鹿島台総合支所市民福祉課 ●健康増進担当・地域福祉担当	0229-56-7114	
5	岩出山総合支所市民福祉課 ●健康増進担当・地域福祉担当	0229-72-1212	
6	鳴子総合支所市民福祉課 ●健康増進担当・地域福祉担当	0229-82-3131	
7	田尻総合支所市民福祉課 ●健康増進担当・地域福祉担当	0229-38-1155	障がい者手帳，放課後等デイサービスなどの障がい福祉サービス等障がい福祉関係 等
8	大崎市役所民生部子育て支援課 ●子ども給付担当（本庁舎1階） ●児童福祉担当（本庁舎2階）	0229-23-6045	児童手当，児童扶養手当，特別児童扶養手当，子ども医療費助成，放課後児童クラブ 等
	●子ども保育担当（本庁舎2階）	0229-23-6040	保育所関係 等
	●子ども家庭相談担当（こども家庭センター） （R7～本庁舎2階）	0229-23-6048	養育・虐待に関する相談，DV相談，子育て短期支援事業 等
	●子育てわくわくランド （大崎市子育て支援拠点施設内）	0229-24-7778	子育て支援事業，一時預かり事業，子育て相談 等
	●ファミリー・サポート・センター （大崎市子育て支援拠点施設内）	0229-22-3116	ファミリー・サポート・センター事業
9	大崎市役所民生部高齢障がい福祉課 （本庁舎1階）	0229-23-2167	障がい者手帳，放課後等デイサービスなどの障がい福祉サービス，障害児福祉手当 等
10	大崎市教育委員会学校教育課 （本庁舎3階）	0229-23-2212	就学相談，就学时健診，指定校変更，就学援助制度 等
11	大崎地域相談支援センターさてら （社会福祉法人 大崎誠心会）	0229-21-8832	障がい児（者）又はその家族等の相談窓口
12	相談支援事業所 ステップワン （社会福祉法人 聖心会）	0229-87-3467	
13	相談支援事業所 ボンテ （社会福祉法人 大崎誠心会）	0229-53-1030	
14	みやぎスクエアサポート北部事務所 （宮城県障害児等療育支援事業 受託）	0229-87-8808	療育相談
15	りんくるみやぎ 登校・発達支援相談室 （宮城県教育総合センター）	022-784-3565 022-784-3563	発達支援教育相談 【電話教育相談】 【来所，巡回相談申込み】

*相談機関名，電話番号は変更する場合があります。また，業務内容には子育てに関する業務のみ掲載しております。詳細は電話で問合せまたは市ウェブサイト等でご確認下さい。

幼稚園・保育園のシート

○お子さんの成長の様子を記録しましょう。気になったことがあればそのことも記録しておきましょう。

○書ききれなかったことや覚え書きはフリースペースに記録しましょう。



*** 目 次 ***

生活の記録…幼一1

教育の記録…幼一2

フリースペース



(記入年月日 年 月 日)

生活の記録①

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名			年齢	通っている ところ	
			歳		
お子さんの いいところ 我が子自慢					
保護者の ねがい					
健康 ・ からだの 調子	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> かぜをひきやすい <input type="checkbox"/> 運動制限あり <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 水分補給が必要 <input type="checkbox"/> 汗が出にくい <input type="checkbox"/> 高い熱が出やすい <input type="checkbox"/> トイレが近い <input type="checkbox"/> 太りすぎ <input type="checkbox"/> 痩せすぎ <input type="checkbox"/> その他（視力、聴こえなど）				
睡眠	ねつき	<input type="checkbox"/> いい方 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい方			
	目ざめ	<input type="checkbox"/> いい方 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい方			
	寝る時間	時くらい	起きる時間：	時くらい	昼寝： 時間
食べ物	好きな食べ物：				
	きれいな食べ物：				
	食べてはいけない物：				
	気をつけてほしいこと：□あり（ ） □なし				
トイレ	家で	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要		
	外で	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要		
	トイレ の サイン	<input type="checkbox"/> あり（どんな？： ） <input type="checkbox"/> なし（□おとなから誘う □様子をみて連れて行く □その他）			
	気をつけてほしいこと：□あり（ ） □なし				
衣服	着脱衣での介助の状況		<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	気をつけてほしいこと：□あり（ ） □なし				
歯みがき	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> きらい	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> おとながやってあげる <input type="checkbox"/> 仕上げのみ手伝う <input type="checkbox"/> その他（ ）			
お風呂	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> きらい	いやなこと	<input type="checkbox"/> 顔洗い <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> タオルでこすられること <input type="checkbox"/> 銭湯 <input type="checkbox"/> お湯につかること		
移動 ・ 運動	手段と 体力	<input type="checkbox"/> ひとりで歩く <input type="checkbox"/> ひとりで走る <input type="checkbox"/> 転ぶことが多い <input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 補助具（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	移動時に 注意する こと	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 一部、おとなが手伝う <input type="checkbox"/> おとながやってあげる <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	お気に入りの運動 遊具	<input type="checkbox"/> すべり台 <input type="checkbox"/> ぶらんこ <input type="checkbox"/> 三輪車 <input type="checkbox"/> トランポリン <input type="checkbox"/> ジャングルジム <input type="checkbox"/> シーソー <input type="checkbox"/> 補助車付きの自転車 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

(記入年月日 年 月 日)

生活の記録②


※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名			年齢	通っている ところ		
			歳			
好きなこと・苦手なこと	好みのタイプの人					
	苦手なタイプの人					
	好きなもの	おもちゃ				
		音				
		感触				
		場所	落ち着く所等：			
		触れられる こと	どんな触れられ方			
			体のどの部分？			
	その他					
	苦手なもの	おもちゃ				
		音				
		感触				
		場所	こわがる所等：			
		触れられる こと	どんな触れられ方			
			体のどの部分？			
	その他					
	気を付けてほしい ことなど	※パニック・精神不安定になる具体的な状況及び対処法について詳しく記入してください。				
集団	集団性・お友達とのかかわりについて <input type="checkbox"/> 集団に入れない <input type="checkbox"/> 時々参加できる <input type="checkbox"/> 自分から参加 <input type="checkbox"/> 主にひとり遊び <input type="checkbox"/> 特定の友達と遊び <input type="checkbox"/> だれとでも遊び					
理解・表現	伝わりやすい方法		<input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	ほしいものがある時の表現の仕方		<input type="checkbox"/> 発声のみ <input type="checkbox"/> ことばで言える <input type="checkbox"/> 動作のみ <input type="checkbox"/> ことばと動作			
	やってほしいときの表現の仕方		<input type="checkbox"/> 発声のみ <input type="checkbox"/> ことばで言える <input type="checkbox"/> 動作のみ <input type="checkbox"/> ことばと動作			
	実際に使っているもの		<input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

保育の記録


<記入例> ※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

※下の<記入例>を参考にして記入して下さい。

所 属	子どもの様子 等	
通園施設名：	子	4月：朝，通園を嫌がり泣いて暴れるが何とか園に行かせる。
【大崎げんきっ子】	ど	10月：お遊戯会の練習を楽しみにしているようだ。朝，泣く
幼稚園・保育所	も	こともなくなった。
【うさぎ 組】	の	
【 5 歳】	様	
担任名：	子	
【大崎花子 先生】	取	先生が熱心に対応して下さい，〇〇ちゃんが分かりやすいよう
【 先生】	り	なことばで教えてくれるおかげで，皆についていけるようにな
※転園等した場合は	組	ってきた。
新しい施設名を記入	み	
して下さい。		
	特	
	記	
	事	
	項	
家庭での様子等		

保育の記録

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

所 属	子どもの様子 等				
通園施設名： 【 】 幼稚園・保育所 【 組】 【 歳】 担任名： 【 先生】 【 先生】 	子 ど も の 様 子	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>			
		取 り 組 み	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		
			特 記 事 項	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
家庭での様子等 <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>					

保育の記録

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

所 属	子どもの様子 等			
通園施設名： 【 】 幼稚園・保育所 【 組】 【 歳】 担任名： 【 先生】 【 先生】 	子 ど も の 様 子	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		
		取 り 組 み	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
			特 記 事 項	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
				家庭での様子等 <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

(記入年月日 年 月 日)

★フリースペース★ ご自由にお使いいただくスペースです。これまでの事を振り返って、辛かったこと楽しかったこと家族の思い出を記入したり、写真や記事の切り抜きを貼る等ご活用ください。



小学校のシート

○お子さんの成長の様子を記録しましょう。気になったことがあればそのことも記録しておきましょう。

○書ききれなかったことや覚え書きはフリースペースに記録しましょう。



*** 目 次 ***

生活の記録…小ー1

教育の記録…小ー2

フリースペース



記入年月日(年 月 日)

生活の記録①

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな氏名			年齢	通っている小学校	小学校
			歳		
長所					
保護者の願 い					
健康・身体状況	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> かぜをひきやすい <input type="checkbox"/> 運動制限あり <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 水分補給が必要 <input type="checkbox"/> 汗が出にくい <input type="checkbox"/> 太りすぎ <input type="checkbox"/> 痩せすぎ <input type="checkbox"/> 高い熱が出やすい <input type="checkbox"/> トイレに近い <input type="checkbox"/> その他（視力、聴こえなど） <div style="text-align: right;">)</div>				
睡眠	目覚め方	<input type="checkbox"/> いい方 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい方			
	就寝時刻：	時頃	起床時刻：	時頃	
食事	好きな食べ物				
	嫌いな食べ物				
	食べてはいけない物				
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
排泄	排　尿	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要			
	予　　告	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
	支援方法				
	排　便	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要			
	予　　告	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	支援方法				
	オムツ等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
着脱衣	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
入浴	支援方法				
移動	移動の様子				
	通学				
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
遊び	遊びの様子				
	支援方法				

(記入年月日 年 月 日)

生活の記録②

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名			年齢	通っている 小学校	小学校
			歳		
好みのタイプ の人					
苦手なタイプ の人					
集団・ 対人関係	集団参加	□参加せず孤立 □特定の小集団なら参加する □自発的に参加する			
	対人関係	□誰とも成立しない □特定の人と成立 □誰とでも成立			
社会性	社会のルールに 関する理解	(順番, 約束, あいさつ, 遊びのルール等守ることができますか)			
	支援方法				
パニック	具体的な様子	□大声を出す □暴れる □泣き叫ぶ □動かなくなる □ボーッとする			
	対処法				
こだわり	こだわるもの	□物 □色 □順番 □時間 □虫 □車 □動くもの □その他 ()			
	具体的な様子	□手をひらひらさせる □同じことを言う □オウム返し □その他 ()			
	対処法(配慮)				
	安全上の注意点				
感 覚	好きな 感覚	音			
		感触	(触られ方や, 触られるところ等)		
		におい			
	嫌いな 感覚	音			
		感触	(触られ方や, 触られるところ等)		
		におい			
コミュニケーション	表現 の 仕方	表現の様子	□発語なし □声が出る □動作で交信 □単語が言える □2・3語文で話す □簡単な会話 □日常会話		
		支援方法	□単語 □筆記 □写真 □絵カード □ジェスチャー □文字 □具体物 □その他 ()		
		その他気をつけて ほしいこと			

教育の記録＜記入例＞

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

※下の＜記入例＞を参考にして記入して下さい。

所 属	子どもの様子 等	
学校名：	入学当初は落ち着きがなく，勉強に集中できないようだったが，だい	
【大崎第一】	一	たい読み書きができるようになった。
小学校・小学部	学	
1年 1組	期	
担任名：		
【大崎大郎先生】		
※転校した時は，	二	声をかけてくれたり，手伝ってくれるやさしいお友達のおかげで楽しく
下に新しい学校名	学	学校に行けるようになった。
記入して下さい。	期	
	好きな勉強	
	(教科)	
	苦手な勉強	
	(教科)	
家庭での様子等		
お手伝いをよくしてくれるようになった。		

教育の記録

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

所 属	子どもの様子 等	
学校名： 【 】 小学校・小学部 年 組 担任名： 【 先生】	一 学 期	
	二 学 期	
	好きな勉強 （教科）	
苦手な勉強 （教科）		
家庭での様子等		

教育の記録

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

所 属	子どもの様子 等	
学校名： 【 】 小学校・小学部 年 組 担任名： 【 先生】	一 学 期	
	二 学 期	
	好きな勉強 （教科）	
苦手な勉強 （教科）		
家庭での様子等		

(記入年月日 年 月 日)

★フリースペース★ ご自由にお使いいただくスペースです。これまでの事を振り返って、辛かったこと楽しかったこと家族の思い出を記入したり、写真や記事の切り抜きを貼る等ご活用ください。



中学・高校のシート

○話し合う機会を意図的に作り，我が子のがんばりや悩みを受け止めながら，記録しましょう。

○書ききれなかったことや覚え書きはフリースペースに記録しましょう。



*** 目 次 ***

生活の記録…中高一 1

教育の記録…中高一 2

フリースペース



記入年月日(年 月 日)

生活の記録①

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名			年齢	通っている 学校	学校
			歳		
長所					
保護者の 願　い					
健康・身体 状況	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> かぜをひきやすい <input type="checkbox"/> 運動制限あり <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 水分補給が必要 <input type="checkbox"/> 汗が出にくい <input type="checkbox"/> 太りすぎ <input type="checkbox"/> 痩せすぎ <input type="checkbox"/> 高い熱が出やすい <input type="checkbox"/> トイレに近い <input type="checkbox"/> その他（視力、聴こえなど）				
睡眠	目覚め方	<input type="checkbox"/> いい方 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい方			
	就寝時刻：	時頃	起床時刻：	時頃	
食　事	好きな食べ物				
	嫌いな食べ物				
	食べてはいけない物				
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
排　泄	排　尿	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要			
	予　告	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
	支援方法				
	排　便	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要			
	予　告	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	支援方法				
	オムツ等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
着脱衣	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
入浴	支援方法				
移　動	移動の様子				
	通学				
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
遊　び	遊びの様子				
	支援方法				

年 月 日)

生活の記録②

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名				年齢	通っている 学校	学校
				歳		
好みのタイプ の人						
苦手なタイプ の人						
集団・ 対人関係		集団参加	□参加せず孤立 □特定の小集団なら参加する □自発的に参加する			
		対人関係	□誰とも成立しない □特定の人と成立 □誰とでも成立			
社会性		社会のルールに 関する理解	(順番, 約束, あいさつ, 遊びのルール等守ることができますか)			
		支援方法				
パニック		具体的な様子	□大声を出す □暴れる □泣き叫ぶ □動かなくなる □ボーッとする			
		対処法				
こだわり		こだわるもの	□物 □色 □順番 □時間 □虫 □車 □動くもの □その他 ()			
		具体的な様子	□手をひらひらさせる □同じことを言う □オウム返し □その他 ()			
		対処法 (配慮)				
		安全上の注意点				
感 覚		好きな 感覚	音			
			感触	(触られ方や, 触られるところ等)		
			におい			
		嫌いな 感覚	音			
			感触	(触られ方や, 触られるところ等)		
			におい			
コミュニケーション	表現 の仕方	表現の様子	□発語なし □声が出る □動作で交信 □単語が言える □2・3語文で話す □簡単な会話 □日常会話			
		支援方法	□単語 □筆記 □写真 □絵カード □ジェスチャー □文字 □具体物 □その他 ()			
		その他気を付付けてほしいこと				

教育の記録＜記入例＞

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

※下の＜記入例＞を参考にして記入して下さい。

所 属	子どもの様子 等	
学校名： 【大崎第二】 中学校・中学部 高校・高等部 1年 3組 担任名： 【大崎二郎先生】 ※転校した時は， 下に新しい学校名 記入して下さい。	一 学 期	初めての部活動で，勉強との両立が難しい様子。
		友達関係が気になったが，今のところ良好のようである。
	二 学 期	風邪をひくことなく健康に過ごすことができた。
	特 記 事 項	来年2年生なので，新しい担任の先生にわが子の状態を理解して
		もらえるか不安。引き継ぎの際このファイルを活用してもらうこと
を今の担任の先生に伝えた。		
家庭での様子等		
家庭学習は，声がけをしないと取り組むことができない。		

教育の記録

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

所 属	子どもの様子 等	
学校名： 【 】 中学校・中学部 高校・高等部 年 組 担任名： 【 】	一 学 期	
	二 学 期	
	特 記 事 項	
家庭での様子等 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

教育の記録

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

所 属	子どもの様子 等	
学校名： 【 】 中学校・中学部 高校・高等部 年 組 担任名： 【 】	一 学 期	
	二 学 期	
	特 記 事 項	
家庭での様子等 <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		

(記入年月日 年 月 日)

★フリースペース★ ご自由にお使いいただくスペースです。これまでの事を振り返って、辛かったこと楽しかったこと家族の思い出を記入したり、写真や記事の切り抜きを貼る等ご活用ください。



卒業後のシート

○話し合う機会を意図的に作り，我が子のがんばりや悩みを受け止めながら，記録しましょう。

○書ききれなかったことや覚え書きはフリースペースに記録しましょう。



*** 目 次 ***

生活の記録…卒ー1

卒業後の進路…卒ー2

フリースペース



(記入年月日 年 月 日)

生活の記録①

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名		年齢	通っている ところ	
		歳		
長所				
保護者の願い				
健康・身体状況	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> かぜをひきやすい <input type="checkbox"/> 運動制限あり <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 水分補給が必要 <input type="checkbox"/> 汗が出にくい <input type="checkbox"/> 太りすぎ <input type="checkbox"/> 痩せすぎ <input type="checkbox"/> 高い熱が出やすい <input type="checkbox"/> トイレに近い <input type="checkbox"/> その他（視力、聴こえなど）			
睡眠	目覚め方	<input type="checkbox"/> いい方 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> わるい方		
	就寝時刻：	時頃	起床時刻：	時頃
食事	好きな食べ物			
	嫌いな食べ物			
	食べてはいけない物			
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
排泄	排　尿	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要		
	予　告	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
	支援方法			
	排　便	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> どうにかひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ふき取り要		
	予　告	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	支援方法			
	オムツ等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
着脱衣	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	気をつけてほしいこと	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
入浴	支援方法			
移動	移動の様子			
	交通機関の利用			
	通所・通勤			
	注意してほしいこと			
余暇	休日の過ごし方			
	好きなこと・嫌いなこと			

(記入年月日 年 月 日)

生活の記録②

※該当するところには、□の中に✓を記入してください。

ふりがな 氏名			年齢	通っている ところ			
			歳				
好みのタイプの 人							
苦手なタイプの 人							
集団・ 対人関係	集団参加	□参加せず孤立 □特定の小集団なら参加する □自発的に参加する					
	対人関係	□誰とも成立しない □特定の人と成立 □誰とでも成立					
社会性	社会のルールに関する理解	(順番, 約束, あいさつ, 遊びのルール等守ることができますか)					
	支援方法						
パニック	具体的な様子	□大声を出す □暴れる □泣き叫ぶ □動かなくなる □ボーッとする					
	対処法						
こだわり	こだわるもの	□物 □色 □順番 □時間 □虫 □車 □動くもの □その他 ()					
	具体的な様子	□手をひらひらさせる □同じことを言う □オウム返し □その他 ()					
	対処法 (配慮)						
	安全上の注意点						
感 覚	好きな 感 覚	音					
		感触	(触られ方や, 触られるところ等)				
		におい					
	嫌いな 感 覚	音					
		感触	(触られ方や, 触られるところ等)				
		におい					
コミュニケーション	表現の 仕方	表現の様子	□発語なし □声が出る □動作で交信 □単語が言える □2・3語文で話す □簡単な会話 □日常会話				
		支援方法	□単語 □筆記 □写真 □絵カード □ジェスチャー □文字 □具体物 □その他 ()				
		その他気をつけ てほしいこと					

卒業後の進路〈記入例〉

※下の＜記入例＞を参考にして記入して下さい。

大学名（専門学校）	〇〇〇専門学校
所在地・電話番号	大崎市△△△△ 1 - 1 TEL 23-××××
専攻内容	
在籍期間	〇〇年 4 月 1 日 ～ 〇〇年 3 月 3 1 日
学校生活の際に必要な支援	
家庭での様子等	

会社（施設）名	おおさき作業所
所在地・電話番号	大崎市△△△△ 1 - 1 Tel 23-XXXX
勤務期間	〇〇年 4月 1日 ～ 〇〇年 3月 31日
勤務時間	午前・午後 8時30分から午前・午後5時00分まで（週休 2日）
仕事内容	製品にラベルを貼る
就労に必要な支援	
就労の際に利用したサービス	
家庭での様子等	口数は少ないが、職場をいやがることなく毎日通勤しているので、安心している

(記入年月日 年 月 日)

卒業後の進路

※お子さんの成長の様子，気になったこと等を記録しましょう。

1. 進学先（ 歳）

大学名（専門学校）	
所在地・電話番号	TEL
専攻内容	
在籍期間	年 月 日 ～ 年 月 日
学校生活の際に必要な支援	
家庭での様子等	

2. 現在の勤務状況（ 歳）

会社（施設）名	
所在地・電話番号	TEL
勤務期間	年 月 日 ～ 年 月 日
勤務時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで（週休 日）
仕事内容	
就労に必要な支援	
就労の際に利用したサービス	
家庭での様子等	

(記入年月日 年 月 日)

★フリースペース★ ご自由にお使いいただくスペースです。これまでの事を振り返って、辛かったこと楽しかったこと家族の思い出を記入したり、写真や記事の切り抜きを貼る等ご活用ください。

