

① 基本シート

ふりがな 氏 名		性別		生年 月日	
住 所	〒				
	(自宅電話)				
住 所	〒				
	(自宅電話)				

緊急連絡先①	(氏名)
父・母・	(電話番号)
他 ()	(E-mail等)
緊急連絡先②	(氏名)
父・母・	(電話番号)
他 ()	(E-mail等)
緊急連絡先③	(氏名)
父・母・	(電話番号)
他 ()	(E-mail等)

家族構成（同居家族全員）			
続柄	氏名	生年月日	備考※お子さんの支援に必要な情報

※保護者の方へ：記入例を参考にしてください。すべての欄に記入する必要はありません。

記入した内容は、必要に応じて更新してください。入力用シートもあります。

シートが不足した場合、調布市ホームページからダウンロードし追加してください。

※関係機関の方へ：最新の情報が保護者に確認してください。



② 保健シート

出産（分娩）時の 状況	在胎週数	週	日
	体 重	g 身長 cm	
	児の状態	[単・多] 多の場合→ () 胎	
	仮 死	[あり・なし]	
早期新生児期の 状況	保育器	[日]	酸素 [あり・なし]
	おう 疸 だん	[普通・強]	光線治療 [あり・なし]
	新生児聴力検査	[右:	左:]
	(その他	)	
運動発達の経過	首すわり (か月)	寝返り (か月)	お座り (か月)
	はいはい (か月)	つかまり立ち (か月)	
	つたい歩き (か月)	ひとり歩き (か月)	
言語・ コミュニケーション	なん 語 ご	(「ばあばあ」「まあまあ」等言葉にならない発声) (か月)	
	有意語 (意味のある言葉)	(歳	か月)
	人見知り [あり・なし]	後追い [あり・なし]	

お子さんの成長発達で気になった点

(歳 か月頃)

③ 医療シート1 <既往歴>

年月日 (年齢)	病名・診断名※ (脳性まひ・心臓病・てんかん・食物アレルギーなど)	医療機関名・ 科・主治医	治療内容 (該当のものに○)
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術
			受診(投薬※1・リハビリ・ 検査※2・デイケア) 入院(期間 か月)・手術

※支援や配慮を必要とする診断名・病名を記載

※1 お薬手帳参照 ※2 裏面記載(発達・知能検査は経過シート2参照)

③ 医療シート 2 <医学的検査等の記録>

[illegible]

④ 経過シート 1 <相談先・在籍機関>

	期間	療育機関・幼稚園・保育園・教育機関など
6 歳	就 学 前	
1 2 歳	就 学 後	
1 8 歳	進 学 等 就 労	

※今後の経過は成人版i-ファイル，その他ご自身で用意した用紙等もご活用ください。
※成人版i-ファイル問合せ先：N P O 法人調布心身障害児・者親の会



④ 経過シート 2 <検査等の記録>

検査名・面談 (発達検査・知能検査など)	実施年月日（年齢） 実施機関	備考	説明書類 の有無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無

※面談の履歴等を記録することもできます。

⑤ 福祉シート 1 <診断・手帳・手当>

診 断	診断名※	医療機関名	診断日・時期

※支援を必要とする診断名・障害名を記載（例）自閉スペクトラム症, ダウン症等

手 帳	身体障害者手帳				
	種	級	（障害名：	）	交付 年 月 日
	種	級	（障害名：	）	交付 年 月 日
	愛の手帳（療育手帳）				
	度	交付	年	月	日（特記：
	度	交付	年	月	日（特記：
	度	交付	年	月	日（特記：
	度	交付	年	月	日（特記：
	精神障害者保健福祉手帳				
	級	交付	年	月	日
	級	交付	年	月	日

手 当	手当一覧	受 給	廃 止	備考
	特別児童扶養手当（～20歳）	年 月 日	年 月 日	
	障害児福祉手当（～20歳）	年 月 日	年 月 日	
	児童育成手当(障害手当)(～20歳)	年 月 日	年 月 日	
	心身障害者福祉手当（20歳～）	年 月 日	年 月 日	
	特別障害者手当（20歳～）	年 月 日	年 月 日	
	東京都重度心身障害者手当	年 月 日	年 月 日	
	特殊疾病患者福祉手当	年 月 日	年 月 日	

⑤ 福祉シート 3 <利用サービス>

相談支援事業所	担当者名	利用開始日～

※「障害児支援利用計画」等と一緒に保管しておきましょう。

サービス名（該当のものに○）	事業所名	利用開始日～ 利用終了日	備考
A 児童発達支援 B 保育所等訪問支援 C 放課後等デイサービス D 移動支援 E 一時預かり・ファミリーサポート F 短期入所 G 行動援護 H その他			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			
A・B・C・D・E・F・G・H E・Hの具体的内容()			

※Eの例：緊急一時養護・リフレッシュ支援事業、ベビーシッター、在宅心身障害者（児）緊急一時保護

Hの例：居宅介護、訪問看護、日中一時支援、同行援護 等

⑤ 福祉シート 3 <利用サービス>

[illegible]

氏名 _____

⑥ 自由記入シート1

記入日 _____

さんのステキなところ

さんの好きなこと・好きなもの・得意なこと・落ちつくこと

さんの苦手なこと・苦手なもの

さんの苦手な場面での様子, そのときの接し方

氏名 _____

⑥ 自由記入シート2（配慮してほしいことや対応方法） 記入日 _____

幼稚園・保育園・小学校等の集団生活の場面で

自由に過ごせる場面で（児童館や園庭開放に遊びに行ったときなど）

公共の場で過ごすとき（公共交通機関に乗るとき、外食するときなど）

するとき