

一宮医療療育センター 小児発達外来 支援ノート

ご両親，医師，セラピスト，心理士，教員，保育士，
相談員など，皆さん協力して記載してください

名前： _____

第1版(2019年8月)

プロフィール

氏名 ふりがな _____

性別

男・女

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

〒 _____ - _____ (_____)

TEL (_____ - _____) _____

緊急時連絡先

	氏名	続柄	電話番号
1.	_____	(_____)	- - _____
2.	_____	(_____)	- - _____
3.	_____	(_____)	- - _____

家族構成

	氏名	続柄	その他
1.	_____	(_____)	_____
2.	_____	(_____)	_____
3.	_____	(_____)	_____
4.	_____	(_____)	_____
5.	_____	(_____)	_____
6.	_____	(_____)	_____
7.	_____	(_____)	_____

手帳などについて

取得手帳	区分・等級	取得年月日
<input type="checkbox"/> 療育手帳		/ /
<input type="checkbox"/> 身体障害手帳		/ /
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳		/ /
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証	-----	/ /

備考

医療機関情報

医療機関：一宮医療療育センター

主治医：_____医師

服用中の薬剤：

主たる診断名：

リハビリテーションなど

PT（セラピスト：_____）

OT（セラピスト：_____）

ST（セラピスト：_____）

臨床心理士（_____）

主たる診療所（_____）

かかりつけ医：_____医師

その他の医療機関：

	医療機関名	主治医	診療内容
1.		()	
2.		()	
3.		()	

記載日 _____ 年 月 日

医療機関以外の支援環境

()保育園
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

()幼稚園
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

()学校
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

母子通園()
担当：
支援内容

記載日 年 月 日



放デイ()
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

相談支援()
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

相談支援()
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

その他()
担当：
支援内容

記載日 年 月 日

備考

キャラクター（ご家族が記載してください）

	特徴	関わるべき方法
コミュニケーション		
こだわり ・習慣		
感覚過敏		
得意なこと・ 好きなこと		
苦手なこと・ 嫌いなこと		
不安・イライラ が起きる場面		
不安・イライラ 時の行動		
落ち着くこと (場所・もの)		
その他		