

本人のあゆみ



- ① 所属歴
- ② 受診歴・検査歴
- ③ 相談歴
- ④ 療育・訓練利用歴
- ⑤ 福祉サービス利用歴

②③④⑤（緑のシート）は、各関係機関の担当の方が記入してください。ご協力お願いします。

①所属歴

所属している保育所 学校 施設 デイサービス 勤務先などを記入します。

(例)

年 齢			所 属 機 関
2003年	4月	4歳	〇〇幼稚園（年中組）
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	
年	月	歳	

本人のあゆみ

②受診歴・検査歴

■ 診断結果や検査結果、処置などを記入します。

年 月 日	機関名 (病院等)	診断・検査結果
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)

資料があれば一緒に入れましょう

②受診歴・検査歴

■ 診断結果や検査結果、処置などを記入します。

年 月 日	機関名 (病院等)	診断・検査結果
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)
年 月 日 (歳)		(担当者)

本人のあゆみ

資料があれば一緒に入れましょう

③相談歴

■ 育児・療育・教育・就労などの相談／言語・心理・発達などの相談を記入します。

相談日	年 月 日	
相談機関		電話
相談者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主 訴		
相談内容	(担当者記入)	
相談担当者		職種
相談後の行動	(相談者記入)	

相談日	年 月 日	
相談機関		電話
相談者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主 訴		
相談内容	(担当者記入)	
相談担当者		職種
相談後の行動	(相談者記入)	

③相談歴

■ 育児・療育・教育・就労などの相談／言語・心理・発達などの相談を記入します。

相談日	年 月 日	
相談機関		電話
相談者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主 訴		
相談内容	(担当者記入)	
相談担当者		職種
相談後の行動	(相談者記入)	

相談日	年 月 日	
相談機関		電話
相談者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主 訴		
相談内容	(担当者記入)	
相談担当者		職種
相談後の行動	(相談者記入)	

本人のあゆみ

資料があれば一緒に入れましょう

④療育・訓練利用歴

療育や各種訓練（音楽療法 機能訓練 感覚統合 言語訓練 職業訓練など）の利用を記入します。

療育・訓練提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			
療育・訓練提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			
訓練・サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			
訓練・サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			

④療育・訓練利用歴

■ 療育や各種訓練（音楽療法 機能訓練 感覚統合 言語訓練 職業訓練など）の利用を記入します。

療育・訓練提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			
療育・訓練提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			
訓練・サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			
訓練・サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
療育・訓練内容			

本人のあゆみ

⑤福祉サービス利用歴

■ 各種福祉サービス（デイサービス レスパイトサービスなど）の利用を記入します。

福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月	() 回/月
担当者名		職種	
福祉サービス内容			
福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月	() 回/月
担当者名		職種	
福祉サービス内容			
福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月	() 回/月
担当者名		職種	
福祉サービス内容			
福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月	() 回/月
担当者名		職種	
福祉サービス内容			

本人のあゆみ

⑤福祉サービス利用歴

■ 各種福祉サービス（デイサービス レスパイトサービスなど）の利用を記入します。

福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
福祉サービス内容			
福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
福祉サービス内容			
福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
福祉サービス内容			
福祉サービス提供機関名			
利用期間	年 月 ~	年 月 () 回/月	
担当者名		職種	
福祉サービス内容			

本人のあゆみ

資料があれば一緒に入れましょう