

幼兒期



第2章 現在の状態

幼児期

歳 ○●診療・検査・相談・支援の経過○●

この年齢にあった相談や病院での診察・治療及び支援の経過などを記入します。
(お子さんの様子で気になることがあった時に記入してください。)

1	利用年月日	H 年 月 日 (歳 か月)		
	機関名		担当者	
	診療や検査 相談内容			
	特記事項			
2	利用年月日	H 年 月 日 (歳 か月)		
	機関名		担当者	
	診療や検査 相談内容			
	特記事項			
3	利用年月日	H 年 月 日 (歳 か月)		
	機関名		担当者	
	診療や検査 相談内容			
	特記事項			

幼児期

歳 ○●診療・検査・相談・支援の経過○●

この年齢にあった相談や病院での診察・治療及び支援の経過などを記入します。

(お子さんの様子で気になることがあった時に記入してください。)

4	利用年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	機関名		担当者	
	診療や検査 相談内容			
	特記事項			
5	利用年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	機関名		担当者	
	診療や検査 相談内容			
	特記事項			
6	利用年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	機関名		担当者	
	診療や検査 相談内容			
	特記事項			



幼児期

歳 生活について②

記入日 年 月 日

コミュニケーション

◆言葉での表現

ほとんど言えない おうむ返し 単語

二語から三語文 大体表現できる

その他 具体例：

◆自発的な表現について

・要求のしかた

・拒否のしかた

・配慮のポイント

◆支援者から伝える場合の工夫

・コミュニケーションの方法

実物を見せる 写真・絵 文字（ひらがな・カタカナ・漢字） ジェスチャー サイン 言葉

その他 具体例：

・「して欲しい」ことの伝え方

・「してはいけない」ことの伝え方

・こちらに注意を向けてほしい時の伝え方

◆その他の特徴



幼児期

歳 生活について③

記入日 年 月 日

くせ こだわり	◆様子：(ピョンピョン跳ぶ、手をヒラヒラさせる、順番など) ◆こだわっていることに対する配慮や対処
パニック	◆パニックを起こすことはありますか？ □よくある □時々ある □ほとんどない ◆パニックや不安が起きやすい場面と原因 ◆パニックが起きた時の様子： 小パニック： 大パニック： ◆パニックが起きた時の対処法：
飛び出し	◆道路へ飛び出しますか □ある □ない (具体的に：車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)
危険の 認識	◆車に対する危険の認識 □できる □むずかしい ◆物や人に対する危険の認識 □できる □むずかしい ◆外出時は手をつなぐ必要が □ある □ない
避けてほ しいこと	◆嫌いなこと・苦手なこと等 ◆苦手な状況 (人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)



幼児期

歳 生活について④

記入日 年 月 日

食 事	<p>◆食形態 <input type="checkbox"/>離乳食 <input type="checkbox"/>きざみ食 <input type="checkbox"/>ー<input type="checkbox"/>大 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>◆介助の必要 <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない 具体的に：</p> <p>◆好きなもの</p> <p>◆嫌いなもの</p> <p>アレルギー（原因になる食べ物： ） （症状： ）</p>
水分・ おやつ	<p>◆好きなもの：</p> <p>◆嫌いなもの：</p> <p>◆飲み方：</p> <p>◆配慮が必要なこと：</p>
ト イ シ	<p>◆トイレの形態 <input type="checkbox"/>和式 <input type="checkbox"/>洋式 <input type="checkbox"/>どちらでも可</p> <p>◆排尿について <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>◆排便について（排便リズム：一日1回朝食後） <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>◆拭き取り <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>確認が必要 <input type="checkbox"/>できない</p> <p>◆トイレのサイン <input type="checkbox"/>自分で言う <input type="checkbox"/>声かけが必要</p> <p>◆オムツ等の使用 <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
衣服の着脱	<p>◆着る：<input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない 具体的に：片袖を通してあげれば、一人で着られる。</p> <p>◆脱ぐ：<input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない 具体的に：</p> <p>◆靴下や靴をはく：<input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない</p>



幼児期

歳 生活について⑤

記入日 年 月 日

洗面・歯磨きについて	◆顔を洗う <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない ◆歯を磨く <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない
睡眠	<input type="checkbox"/> 一人で眠れる <input type="checkbox"/> 添い寝が必要 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> その他 ()
余暇遊び好きなこと	◆好きな遊び [屋内] [屋外] ◆注意・配慮すること
希望や留意点について自由に書いてください	

幼児期

歳 この年の思い出

この年の思い出の写真を貼ってください

親から子へのメッセージ

歳の _____ へ

_____ より