

小学校 1年生 ●○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	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	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	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			

小学校 1年生 ●○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			

パニック	<p>◆パニックを起こすことはありますか？ <input type="checkbox"/>よくある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ほとんどない</p> <p>◆パニックや不安が起きやすい場面と原因</p> <p>◆パニックが起きた時の様子：</p> <p>◆パニックが起きた時の対処法：</p>
飛び出し	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない 具体例：(車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)</p>
危険の認識	<p>◆車に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆物や人に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆外出時は手をつなぐ必要が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
避けてほしいこと	<p>◆嫌いなこと・苦手なこと等</p> <p>◆苦手な状況 (人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)</p>

歯磨き・洗面	<p>◆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</p> <p>◆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</p> <p>具体的な支援：</p>
入浴	<p>◆体を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>◆髪を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p>
爪 切 り	<p><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>具体的な支援：</p>
余暇の過ごし方、好きな遊び	<p>◆家の外での遊び</p> <p>◆家の中での遊び</p> <p>◆好きなこと (待ち時間などに過ごせる内容)</p> <p>◆嫌いなこと</p>

食 事	<p>◆食形態 <input type="checkbox"/>きざみ食 <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>◆好きな食べ物 ()</p> <p>◆嫌いな食べ物 ()</p> <p>◆自分で使える道具：</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</p> <p>◆アレルギーなど：</p> <p>◆外食について：<input type="checkbox"/>選べる <input type="checkbox"/>選べない</p> <p>◆入りやすい店：</p> <p>◆支援してほしいこと（食べ方、好きな場所、マナーなど）</p>
トイレ	<p>◆排尿：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排尿のリズム： 時間毎</p> <p>◆排便：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排便のリズム：<input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/> () 日おき <input type="checkbox"/>便秘症</p> <p>◆支援してほしいこと</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</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</p> <p>◆服を選ぶ <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>◆服を調節する <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</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>

睡 眠	<p>◆睡眠の状況 <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 ()</p> <p>◆就寝時刻 時 分頃</p> <p>◆起床時刻 時 分頃</p> <p>◆睡眠時間 約 時間</p> <p>◆寝るときの癖（本を読む、何かを持って寝る、添い寝など）</p> <p>◆起きるときの配慮</p>
移 動	<p>◆移動の様子</p> <p>◆交通機関の利用</p> <p>◆通学</p> <p>◆注意や支援の必要なこと</p>
希望や留意点について自由に書いてください	

小学校

1年生 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

Memo

小学校 2年生 ●○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	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	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	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			

小学校 2年生 ●○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			

小学校 2年生 生活について③

記入日 年 月 日

パニック	<p>◆パニックを起こすことはありますか？ <input type="checkbox"/>よくある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ほとんどない</p> <p>◆パニックや不安が起きやすい場面と原因</p> <p>◆パニックが起きた時の様子：</p> <p>◆パニックが起きた時の対処法：</p>
飛び出し	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない 具体例：(車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)</p>
危険の認識	<p>◆車に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆物や人に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆外出時は手をつなぐ必要が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
避けてほしいこと	<p>◆嫌いなこと・苦手なこと等</p> <p>◆苦手な状況 (人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)</p>

小学校 2年生 生活について④

記入日 年 月 日

歯磨き・洗面	<p>◆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</p> <p>◆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</p> <p>具体的な支援：</p>
入浴	<p>◆体を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>◆髪を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p>
爪 切 り	<p><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>具体的な支援：</p>
余暇の過ごし方、好きな遊び	<p>◆家の外での遊び</p> <p>◆家の中での遊び</p> <p>◆好きなこと (待ち時間などに過ごせる内容)</p> <p>◆嫌いなこと</p>

食 事	<p>◆食形態 <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>◆好きな食べ物 ()</p> <p>◆嫌いな食べ物 ()</p> <p>◆自分で使える道具：</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</p> <p>◆アレルギーなど：</p> <p>◆外食について：<input type="checkbox"/>選べる <input type="checkbox"/>選べない</p> <p>◆入りやすい店：</p> <p>◆支援してほしいこと（食べ方、好きな場所、マナーなど）</p>
トイレ	<p>◆排尿：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排尿のリズム： 時間毎</p> <p>◆排便：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排便のリズム：<input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/> () 日おき <input type="checkbox"/>便秘症</p> <p>◆支援してほしいこと</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</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</p> <p>◆服を選ぶ <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>◆服を調節する <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</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>

睡 眠	<p>◆睡眠の状況 <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 ()</p> <p>◆就寝時刻 時 分頃</p> <p>◆起床時刻 時 分頃</p> <p>◆睡眠時間 約 時間</p> <p>◆寝るときの癖（本を読む、何かを持って寝る、添い寝など）</p> <p>◆起きるときの配慮</p>
移 動	<p>◆移動の様子</p> <p>◆交通機関の利用</p> <p>◆通学</p> <p>◆注意や支援の必要なこと</p>
希望や留意 点について 自由に書い てください	

小学校

2年生 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

Memo

小学校 3年生 ●○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	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	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	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			

小学校 3年生 ●○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			

小学校 3年生 生活について③

記入日 年 月 日

パニック	<p>◆パニックを起こすことはありますか？ <input type="checkbox"/>よくある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ほとんどない</p> <p>◆パニックや不安が起きやすい場面と原因</p> <p>◆パニックが起きた時の様子：</p> <p>◆パニックが起きた時の対処法：</p>
飛び出し	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない 具体例：(車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)</p>
危険の認識	<p>◆車に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい ◆物や人に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい ◆外出時は手をつなぐ必要が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
避けてほしいこと	<p>◆嫌いなこと・苦手なこと等</p> <p>◆苦手な状況 (人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)</p>

小学校 3年生 生活について④

記入日 年 月 日

歯磨き・洗面	<p>◆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 具体的な支援：</p>
入浴	<p>◆体を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他 ◆髪を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p>
爪 切 り	<p><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 具体的な支援：</p>
余暇の過ごし方、好きな遊び	<p>◆家の外での遊び</p> <p>◆家の中での遊び</p> <p>◆好きなこと (待ち時間などに過ごせる内容)</p> <p>◆嫌いなこと</p>

食 事	<p>◆食形態 <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>◆好きな食べ物 ()</p> <p>◆嫌いな食べ物 ()</p> <p>◆自分で使える道具：</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</p> <p>◆アレルギーなど：</p> <p>◆外食について：<input type="checkbox"/>選べる <input type="checkbox"/>選べない</p> <p>◆入りやすい店：</p> <p>◆支援してほしいこと（食べ方、好きな場所、マナーなど）</p>
トイレ	<p>◆排尿：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排尿のリズム： 時間毎</p> <p>◆排便：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排便のリズム：<input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/> () 日おき <input type="checkbox"/>便秘症</p> <p>◆支援してほしいこと</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</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</p> <p>◆服を選ぶ <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>◆服を調節する <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</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>

睡 眠	<p>◆睡眠の状況 <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 ()</p> <p>◆就寝時刻 時 分頃</p> <p>◆起床時刻 時 分頃</p> <p>◆睡眠時間 約 時間</p> <p>◆寝るときの癖（本を読む、何かを持って寝る、添い寝など）</p> <p>◆起きるときの配慮</p>
移 動	<p>◆移動の様子</p> <p>◆交通機関の利用</p> <p>◆通学</p> <p>◆注意や支援の必要なこと</p>
希望や留意 点について 自由に書い てください	

小学校

3年生 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

Memo

小学校 4年生 ●○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	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	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	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			

小学校 4年生 ●○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			

パニック	<p>◆パニックを起こすことはありますか？ <input type="checkbox"/>よくある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ほとんどない</p> <p>◆パニックや不安が起きやすい場面と原因</p> <p>◆パニックが起きた時の様子：</p> <p>◆パニックが起きた時の対処法：</p>
飛び出し	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない 具体例：(車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)</p>
危険の認識	<p>◆車に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆物や人に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆外出時は手をつなぐ必要が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
避けてほしいこと	<p>◆嫌いなこと・苦手なこと等</p> <p>◆苦手な状況 (人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)</p>

歯磨き・洗面	<p>◆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</p> <p>◆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</p> <p>具体的な支援：</p>
入浴	<p>◆体を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>◆髪を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p>
爪 切 り	<p><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>具体的な支援：</p>
余暇の過ごし方、好きな遊び	<p>◆家の外での遊び</p> <p>◆家の中での遊び</p> <p>◆好きなこと (待ち時間などに過ごせる内容)</p> <p>◆嫌いなこと</p>

4年生 生活について⑤

記入日 年 月 日

食 事	<p>◆食形態 <input type="checkbox"/>きざみ食 <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>◆好きな食べ物 ()</p> <p>◆嫌いな食べ物 ()</p> <p>◆自分で使える道具：</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</p> <p>◆アレルギーなど：</p> <p>◆外食について：<input type="checkbox"/>選べる <input type="checkbox"/>選べない</p> <p>◆入りやすい店：</p> <p>◆支援してほしいこと（食べ方、好きな場所、マナーなど）</p>
トイレ	<p>◆排尿：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排尿のリズム： 時間毎</p> <p>◆排便：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排便のリズム：<input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/> () 日おき <input type="checkbox"/>便秘症</p> <p>◆支援してほしいこと</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</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</p> <p>◆服を選ぶ <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>◆服を調節する <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</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>

4年生 生活について⑥

記入日 年 月 日

睡 眠	<p>◆睡眠の状況 <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 ()</p> <p>◆就寝時刻 時 分頃</p> <p>◆起床時刻 時 分頃</p> <p>◆睡眠時間 約 時間</p> <p>◆寝るときの癖（本を読む、何かを持って寝る、添い寝など）</p> <p>◆起きるときの配慮</p>
移 動	<p>◆移動の様子</p> <p>◆交通機関の利用</p> <p>◆通学</p> <p>◆注意や支援の必要なこと</p>
希望や留意 点について 自由に書い てください	

小学校

4年生 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

Memo

小学校 5年生 ●○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	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	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	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			

小学校 5年生 ●○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			

小学校 5年生 生活について③

記入日 年 月 日

パニック	<p>◆パニックを起こすことはありますか？ <input type="checkbox"/>よくある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ほとんどない</p> <p>◆パニックや不安が起きやすい場面と原因</p> <p>◆パニックが起きた時の様子：</p> <p>◆パニックが起きた時の対処法：</p>
飛び出し	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない 具体例：(車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)</p>
危険の認識	<p>◆車に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい ◆物や人に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい ◆外出時は手をつなぐ必要が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
避けてほしいこと	<p>◆嫌いなこと・苦手なこと等</p> <p>◆苦手な状況(人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)</p>

小学校 5年生 生活について④

記入日 年 月 日

歯磨き・洗面	<p>◆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 具体的な支援：</p>
入浴	<p>◆体を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他 ◆髪を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p>
爪切り	<p><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 具体的な支援：</p>
生理	<p>◆手当て <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 (支援の内容：) ◆周期 日くらい ◆つらい症状(内容：)</p>
余暇の過ごし方、好きな遊び	<p>◆家の外での遊び</p> <p>◆家の中での遊び</p> <p>◆好きなこと(待ち時間などに過ごせる内容)</p> <p>◆嫌いなこと</p>

食 事	<p>◆食形態 <input type="checkbox"/>きざみ食 <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>◆好きな食べ物 ()</p> <p>◆嫌いな食べ物 ()</p> <p>◆自分で使える道具：</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</p> <p>◆アレルギーなど：</p> <p>◆外食について：<input type="checkbox"/>選べる <input type="checkbox"/>選べない</p> <p>◆入りやすい店：</p> <p>◆支援してほしいこと（食べ方、好きな場所、マナーなど）</p>
トイレ	<p>◆排尿：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排尿のリズム： 時間毎</p> <p>◆排便：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排便のリズム：<input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/> () 日おき <input type="checkbox"/>便秘症</p> <p>◆支援してほしいこと</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</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</p> <p>◆服を選ぶ <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>◆服を調節する <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</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>

睡 眠	<p>◆睡眠の状況 <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 ()</p> <p>◆就寝時刻 時 分頃</p> <p>◆起床時刻 時 分頃</p> <p>◆睡眠時間 約 時間</p> <p>◆寝るときの癖（本を読む、何かを持って寝る、添い寝など）</p> <p>◆起きるときの配慮</p>
移 動	<p>◆移動の様子</p> <p>◆交通機関の利用</p> <p>◆通学</p> <p>◆注意や支援の必要なこと</p>
希望や留意 点について 自由に書い てください	

小学校

5年生 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

Memo

小学校 6年生 ●○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	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	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	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			

小学校 6年生 ●○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			

小学校 6年生 生活について③

記入日 年 月 日

パニック	<p>◆パニックを起こすことはありますか？ <input type="checkbox"/>よくある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ほとんどない</p> <p>◆パニックや不安が起きやすい場面と原因</p> <p>◆パニックが起きた時の様子：</p> <p>◆パニックが起きた時の対処法：</p>
飛び出し	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない 具体例：(車を見ると車道に飛び出す、本屋を見ると走り出すなど)</p>
危険の認識	<p>◆車に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆物や人に対する危険の認識 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>むずかしい</p> <p>◆外出時は手をつなぐ必要が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
避けてほしいこと	<p>◆嫌いなこと・苦手なこと等</p> <p>◆苦手な状況(人ごみ、暗い所、騒がしい場所など)</p>

小学校 6年生 生活について④

記入日 年 月 日

歯磨き・洗面	<p>◆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</p> <p>◆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</p> <p>具体的な支援：</p>
入浴	<p>◆体を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>◆髪を洗う <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 <input type="checkbox"/>声かけが必要 <input type="checkbox"/>全面的に支援が必要 <input type="checkbox"/>その他</p>
爪切り	<p><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>具体的な支援：</p>
生理	<p>◆手当て <input type="checkbox"/>一人でできる <input type="checkbox"/>支援が必要 (支援の内容：)</p> <p>◆周期 日くらい</p> <p>◆つらい症状(内容：)</p>
余暇の過ごし方、好きな遊び	<p>◆家の外での遊び</p> <p>◆家の中での遊び</p> <p>◆好きなこと(待ち時間などに過ごせる内容)</p> <p>◆嫌いなこと</p>

食 事	<p>◆食形態 <input type="checkbox"/>きざみ食 <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>◆好きな食べ物 ()</p> <p>◆嫌いな食べ物 ()</p> <p>◆自分で使える道具：</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</p> <p>◆アレルギーなど：</p> <p>◆外食について：<input type="checkbox"/>選べる <input type="checkbox"/>選べない</p> <p>◆入りやすい店：</p> <p>◆支援してほしいこと（食べ方、好きな場所、マナーなど）</p>
トイレ	<p>◆排尿：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排尿のリズム： 時間毎</p> <p>◆排便：<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 サイン：<input type="checkbox"/>自分で予告する <input type="checkbox"/>声かけが必要 排便のリズム：<input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/> () 日おき <input type="checkbox"/>便秘症</p> <p>◆支援してほしいこと</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</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</p> <p>◆服を選ぶ <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>◆服を調節する <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</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>

睡 眠	<p>◆睡眠の状況 <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 ()</p> <p>◆就寝時刻 時 分頃</p> <p>◆起床時刻 時 分頃</p> <p>◆睡眠時間 約 時間</p> <p>◆寝るときの癖（本を読む、何かを持って寝る、添い寝など）</p> <p>◆起きるときの配慮</p>
移 動	<p>◆移動の様子</p> <p>◆交通機関の利用</p> <p>◆通学</p> <p>◆注意や支援の必要なこと</p>
希望や留意 点について 自由に書い てください	

小学校

6年生 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

Memo