

東神楽町子育てサポートファイル



なまえ

【はじめに～】

◆「えんじん」の目的

東神楽町が安心して子どもを生き育てたくなるやさしいまちづくりを進めるため、すべての子どもの育ちと子育て家庭への支援を行うため、ご家庭のみなさんと各関係機関が連携を取りながら、乳幼児期からの子ども一人一人の発達に応じた支援を推進していくことを目的として作成されました。



◆「えんじん」の使い方

- ① お子さんをより理解するために・・・
- ② 乳幼児健診や学校などの関係機関への相談
- ③ 幼稚園・保育園への入園申し込み
- ④ 幼稚園・保育園での個人懇談 等

○上記以外にも様々な使い方ができると考えています。すべてのページに記入する必要はありません。保護者の方から見たお子さんの様子や関係者の方に知ってもらいたいこと・伝えたいことなどを記入していくことが大切です。

「えんじん」に関するお問い合わせ

東神楽町子ども未来課子育て支援センター（これっと総合体育館内）

電話 83-5423

○シートは、各幼稚園・保育園・小学校・中学校・役場子ども未来課・住民福祉課・教育委員会管理課・子育て支援センター・子ども発達支援センター（おひさま教室）で手に入れることができます。必要に応じて様式を追加しながら、それぞれの使い方をご利用ください。

◆本人・保護者の方へ

「子育てサポートファイル」の内容は大変貴重な個人情報ですので、大切に取り扱いってください。また、各種相談や健診・手続きなどの際には母子健康手帳と同様に「子育てサポートファイル」を持参してください。

◆関係者の方へ

一つひとつの情報を大切にすることが、継続した支援には大変重要です。本人・保護者の記入による情報はもちろんですが、お子さんと出会った皆さんそれぞれの視点からの情報も、お子さんの「育ち」に欠かすことができません。どうぞ積極的にご活用ください。

◆「えんじん」～東神楽町子育てサポートファイル～の誕生

上川版個別の支援計画「すくらむ」・美瑛町の「すとり～む」・芽室町の「めむたっち」を参考にした東神楽町独自の子育てサポートファイルを作成しました。

「えんじん」の由来

円陣とエンジンをかけたもの。円陣には、子どもを取り巻くチームがそれぞれ手を取り合って丸くなり、共に力を合わせて取り組んでいこうとする意味合いを。また、エンジンには全の力を生み出すもとなる（原動力・機動力）というイメージを持たせました。

◆東神楽町子育てサポートファイルの構成

【基本シート】

No.	シートの名称	簡単なシートの説明
K-1	発育・発達の様子 ～子どもはどのように 発育・発達していくのか～	新生児期から、就学前にかけての子どもの成長の過程を表にしたものです。お子さんの発達確認にお役立てください。
K-2	健診・相談の記録	町の健診・支援機関等での相談内容や結果、その後の経過などについて支援者・保護者の方が記入するシートです。
K-3	コピー記録票	シートをコピーし、渡した時に使用してください。必ずしも記入する必要はありません。必要に応じて使ってください。
K-4	子育て振り返りシート	定期的にお子さんの様子を振り返ってみてください。 幼稚園・保育園では懇談に使います。

【幼稚園・保育園に通う際必要なシート】

No.	シートの名称	簡単なシートの説明
S-1	プロフィール	町内の幼稚園・保育園の入園手続きに必要なシートです。
S-2	生活調べ	0.1.2歳児用・3～5歳児用の4タイプのシートを用意しています。プロフィール同様、入園手続きに必要なシートです。

【特別支援を受ける際必要なシート】

No.	シートの名称	簡単なシートの説明
T-1	特別支援等の記録	お子さんが支援を受けている場合に使ってください。 支援・サービス内容、その形態などを記入してください。
T-2	手帳・諸手当に関する情報	将来を見据えた時には、障がい者年金をもらう際などに必要な情報にもなります。
T-3	個別の支援計画	各所属機関の担当者が作成するシートです。お子さんにあつた目標を設け、支援の手立てを考えていくものです。各支援機関にて指導計画も作成します。
T-4	同意書	個別の支援計画作成にかかわる、個人情報の収集・提供などに関する同意書となっています。

【問診票】

○「やりとりやコミュニケーションの育ち」(1歳半～2歳児頃までのお子さんが対象)

【各関係機関連絡先】

- 関係機関施設
- 子育てに関する相談・支援機関窓口



K-1 発育・発達の様子 ～子どもはどのように発育発達していくのか～

		新生児期	2ヶ月	4ヶ月	7ヶ月	10ヶ月	1歳	1歳半	2歳	2歳半	3歳	4～6歳	
その時期の特徴		外界に適応するために各機能を調節する時期	一生のうちで最も成長する時期 機嫌の善し悪しが表情に出せる	首がすわる 昼と夜の区別がついて昼間い る刺激を受ける	短期間の記憶ができるように なる(夜泣き)	探す・見つけるなど探究心旺盛	立って歩く ことばを話す やっとなんらしくなった	全身を使って遊ぶ人間らしい 感情がでてくる	反抗期が始まる 自我が発達	→	自分の意志で行動したい時期	友達と遊びのが楽しい時期 集団のルールを覚える	
脳		370～400g	→ 栄養・刺激によって神経回路をつくっていく	→ 700g(出生時の約2倍)	→ 850～900g	→ 音・色・嗅・味・温度・体性感覚などの感受性が高まり、たしかめる行動が増える	→ 約1,000g	→ (大人 1,200～1,400g)					
脳 の 育 ち	触覚	原始系(反射)→識別系のネットワークに切り替わってくる (触覚は妊娠2～3か月から出現する感覚)	手を口に持っていき	手にした物を口に持っていき何でも口で確認する時期 (誤飲に注意する)	色々な手触りのものを楽しく遊べるようになる (砂・水・泥・石・草・粘土など)	痛いところを指さす・ 熱さを避けるようになる	袋やポケットの中に 手を突っ込みたがる	手探りで「素材」「形」「大きさ」の弁別ができるようになる					
	固有受容覚	力加減、手足の動きや 位置の感覚	うつ伏せで頭を持ち上げようとする→首のすわり	床あそびが楽しい時期 (座る・寝ころがる・這う) →体重移動をしながら、 平衡感覚も養う	物と物をぶつけて遊ぶ	コップやスプーンを 自分で持ちたがる	砂や水をすくって別の器に 入れる	手をつないで歩く→歩調を 合わせる(速い、ゆっくり)	両腕交互の肩たたき (強い・弱い調整)	二つのコップに同じように 水を注ぎ分ける	指示されずに自分の意思で 道具を操作できる		
	前覚 (平衡感覚)	からだの傾きや回転などを感じる 感覚(姿勢のコントロールなど)	ゆっくりした揺れを喜ぶ	注視→追視の出現 (意識的に目で追う)	高い高いを喜ぶ	リズムに合わせて 体を動かすようになる	オモチャを拾う、歩いていて方 向転換など複雑な動作ができる	斜め姿勢の獲得(坂道を下る・ブラン コを押す・鉄棒にぶら下がるなど)	大人の体と両手を借り、支え申 返りができるようになってくる	三輪車をこげるようになる ジャングルジムに一段登る	ブランコ・シーソーなど不安定 な動体によってバランスをとる		
	視覚	30cm先の画面を筒状に見ている	0.02の薄暗い状態 動くものをじっと見る(無意識)	奥行きがわかる(遠近感)	視力 0.05程度 なんとなく形を認識できる	視力 0.2程度 形や色の違いを認識できる	視力がアップしてきて 色々なもの見たがる			0.6～1.0	6歳～立体視力の完成		
	聴覚	妊娠7か月頃から発達	低い音より高い音に反応する	急速に発達					音の高低を区別し、 メロディーを口ずさむ		大人と変わらないくらい メロディーの記憶など		
味覚		甘味・旨み～本能的に好き 苦味・酸味～本能的に嫌い(毒物発見の味覚)	→ 食べることによって味覚を感じ好き嫌いを判断していく					偏食が多くなってくる(快・不快の記憶から、食べたい・食べたくない判断) →無理強いせず、快の経験になるよう工夫してある(繰り返し経験)			味の違いが増す	10歳 味覚の完成	
生活リズム		レム睡眠(ウトウト寝) 5～30分繰り返す	昼と夜の区別がつくようになってくる 夜にまとめて4～5時間寝るようになる(リズムを作ってあげる)	夜にまとまって眠れるようになってくるが、 夜泣きが始まることもある(発達の節目)	早寝早起きは、大事なホルモン分泌に関わっている ★精神安定・日中の覚醒作用・やる気を高める・体をつくる・ 夜尿生成の抑制など	夜間10時間、昼間2時間程度 の睡眠リズムがつく	5～6歳 自律神経の 体内時計のセットが完成						
体格			体重～出生時の2倍近く	体重～出生時の2倍以上 身長～出生時より15cm↑		体重～出生時の3倍		体重～出生時の4倍			成長ホルモンのほたらぎ↑ 筋肉組織が強くなってくる		
免疫機能		抗体を作る機能が弱い	3ヶ月～予防接種 BCG(母から抗体をもらえない) ポリオ・三種混合(後遺症が重い)&(破傷風は3ヶ月で母からの抗体消失)		MR(麻疹風疹混合ワクチン)8ヶ月で母からの抗体消失							4歳 抗体を作る機能が大人並み	
消化 機能	歯	乳歯萌出後5年間はエナメル質がギザギザ → 酸におかされ、むし歯になりやすい ★よく噛むことで唾液中のカルシウムにより、歯が強くなる(固くて丈夫な歯)					前歯を使って 噛みぎる練習	奥歯がはえる	犬歯がはえる	20本はえそろう	歯の状態に合わせて、噛む練習と能力を獲得する 6歳～永久歯がはえる(12歳くらいまでに全部永久歯になる)		
	胃の大きさ	30～50cc程度 胃の形～とっくり型 胃の入口の筋肉が弱いため吐きやすい	→ 120cc	→ 200cc			→ 200～250cc		→ 300～350cc	350～400cc	400～500cc 大人と同じ胃の形になる	550～650cc (大人 1,200～1,600cc)	
	消化酵素	色々な食品を食べることで、消化酵素の種類・分泌がよくなる 3か月～糖の消化酵素↑(唾液) 新しい食品を食べる時には、反応(機嫌・便や皮膚の状態)を見ながら進めていく		6か月～母体からの貯金鉄↓ たんぱく質・脂肪の消化酵素↑		胆汁分泌↑ 脂肪を消化しやすくなる							糖の消化酵素が大人並みになる
	排泄能力	膀胱の大きさ 30～50cc(大人 500cc) 膀胱に尿がたまる→反射的に出る 早寝早起きの生活リズムで深い睡眠になると、夜尿を作らないホルモンが増える → 夜の尿量が減少				200cc 尿意を感じるが、我慢できない	サインを出したり、排尿を予告する (モソモソ・手や動きが止まるなど)	250～400cc 排尿間隔が2時間程度空いてくる	尿意がわかり我慢できるようになる	尿意もわかり我慢できる→日中は 自分の意思で排尿できるようになる	3歳半～0とりで排尿できるようになる 4歳半～大人と同じ機能になる		
排便能力	腸の長さ 3m(大人 6～7m) 6ヶ月までは、反射的に排便をする(2～10回/日)		離乳食開始～便が固くなる →反射的にいきむ(顔を赤くする)	排便回数 2～3回/日	腸の長さ 4m	排便リズムができ便意を感じ ようになるが我慢は難しい	自分の意思で肛門括約筋を操作できるようになるが、我慢は難しい			便意を感じても、トイレまで 我慢できるようになる	4歳半～ひとりでの排便できる ようになる		
全身の運動			寝返り(ヶ月)	はいはい(ヶ月)	つかまり立ち(ヶ月)	ひとり歩き(ヶ月)	階段をのぼる(歳 ヶ月)	ボールを前に投げける(歳 ヶ月)		片足立ち 2歳～1秒程度 3歳～2～3秒保持 6歳～片足立ち10秒保持			
手先の運動			目で追う(ヶ月)	側にあるオモチャに手を伸ばしつかむ(ヶ月)	親指を使ってつかむ(ヶ月)	コップから飲む(ヶ月)	小さいものを2指でつかむ(ヶ月)	なぐり描き(持ち方～わしづかみ)(ヶ月)		8個の積み木を積む(ヶ月)	真似して○を描く(ヶ月)		
ことば		泣く(声を出す)	泣き声以外の声を出す(アー、クーなど)(ヶ月)	誰かと話すようなおしゃべり(なん語)(ヶ月)	意味なくバババ マママなどと言う(ヶ月)	意味のあることを言う(歳 ヶ月)	2語文を話す(歳 ヶ月)	同年代の子とも会話ができる(歳 ヶ月)		たずねると氏名を答える(苗字+名前)(歳 ヶ月)			
ことばの理解			声を出して笑う(ヶ月)	意味なくバババ マママなどと言う(ヶ月)	身近な人が発した発音を真似ようとする(歳 ヶ月)	パパ、ママ以外に3語言う(歳 ヶ月)							
人との関わり			目が合う(ヶ月)	あやされると笑う(ヶ月)	人見知り(ヶ月)	お母さんを探し求める(後追い)(ヶ月)	ボールのやりとり遊びをする(歳 ヶ月)	見立て、なりきり遊び(ごっこ遊び)親とする(歳 ヶ月) → お友達とするようになる		親を確認しながら行ったり来たり → 親から離れて遊べる(歳 ヶ月)		同年代の子とも遊ぶ(歳 ヶ月)	
発達のエピソード		こんなことができるようになった!という発見											
		我が子の様子をみていて気がついたこと											
		うれしかったこと											
		心配になったこと											
		・・・などなど											

K-2 健診・相談の記録 記入例

氏名（お子さんの名前）

No.	支援者が記載		保護者の方が記載
	健診・相談等	内容・結果・支援方法等 (保護者の方と確認したこと)	相談したいこと・家庭で取り組んでみたこと・変化・エピソード等
1	○年 ○月 ○日 3～5ヶ月 健診・相談 担当 保健師○○	例) ポリオ1回目 ○月○日 三種混合① ○月○日 三種混合② ○月○日 三種混合③ ○月○日 ※体調不良、都合等により接種できなかった場合は、またご相談下さい。	例) 予防接種の日程がわからない。
2	○年 ○月 ○日 定期健康 健診・相談 担当 保健師○○	例) 保護者の方と相談した内容のポイントを記載します。 ※相談の際にファイルを忘れた時は、保護者の方が相談した内容を記載しておいても良いです。	例) 夜寝付きが悪く困る。 ※アドバイスをもらいやってみたが、なかなかうまくいかない。 もう少し続けてみて、また来月の健康相談で相談してみよう。
3	○年 ○月 ○日 子ども発達支援センター 健診・相談 担当 指導員○○	心配なこと「○○○○○○」 例) ことばがおそい 落ち着きがない 等 ※相談して内容を記載します。 相談結果を記載します。 例) 経過観察 個別療育 週1回	例) 短い言葉で分かりやすく話す。 おもちゃの整理箱を作る。 早寝・早起きのリズムを作る。
4	○年 ○月 ○日 ○○病院小児科 健診・相談 担当 医師○○	受診した内容を簡単に記載します。	※受診して、保護者はどう思ったか？ 良かったこと、次回質問したいことなどを記載します。
5	○年 ○月 ○日 健診・相談 担当 保健師○○		

<各関係機関担当者へのお願ひ>

- ・相談を行った場合は、このシートに概要を記入してください。
- ・相談や検査結果のコピーなども可能な限り綴じてください。



K-2 健診・相談の記録 (No.)

氏名

No.	支援者が記載		保護者の方が記載
	健診・相談等	内容・結果・支援方法等 (保護者の方と確認したこと)	相談したいこと・家庭で取り組んでみたこと・変化・エピソード等
1	年 月 日 健診・相談 担当		
2	年 月 日 健診・相談 担当		
3	年 月 日 健診・相談 担当		
4	年 月 日 健診・相談 担当		
5	年 月 日 健診・相談 担当		

<各関係機関担当者へのお願ひ>

- ・相談を行った場合は、このシートに概要を記入してください。
- ・相談や検査結果のコピーなども可能な限り綴じてください。



K-4 子育てふり返しシート記入例

(幼児は〇才〇カ月・小学生以上は小 or 中学〇年)

*お子さんの名前 ○○○○○○

*記入日 23年4月10日(4才8カ月) (小学5年)

*記入者 ○○○○○○

- 健診を受けるときなど、事前に記入しもっていくと、相談を受けるときに具体的に話ができます。
- 幼稚園、保育園に在園しているお子さんは、年に2回程度個人懇談があります。懇談を受けるときに事前に記入し担任の先生にお渡しください。

○生活→ ここに書くことは、睡眠、食事、排泄、衣服の着脱など生活全般に関することです。

良いところ・できること	気になるところ・心配なこと
例：トイレに行き、便座にすわることができる。 ～は得意だ。 ～はできる。 など	～は苦手だ。 ～が気になる。 など

○遊び→ ここに書くことは、好きな遊びや得意なこと遊び方や遊ぶ場所などです。
(小学校以上は学習ととらえてください)

例：ままごとで遊ぶのが好きだ。 自分の物を貸してあげることができる。	順番があると、なかなか守ることができず、泣いてしまうことがある。 など
---------------------------------------	-------------------------------------

○からだ→ ここに書くことは、発育の様子や、運動の様子などです。
(小学校以上は運動ととらえてください)

例：前回りが得意。ケンケンで長く遊ぶことができる。	スキップがうまくいかず気になる。 片足でうまくたてない。 など
---------------------------	------------------------------------

○人とのかかわり(言葉を含む)→ ここに書くことは、大人や友達と関わる様子や、言葉の発達の様子、言葉の理解の様子などです。

例：「入れて」「いいよ」のやりとりがわかるようになった。	自分の思いをうまく言えず、もどかしくなり相手をたたいてしまうことがある。 など
------------------------------	---

その他に思っていることや、感じていることはありますか？

上記以外で、普段感じていることや心配に思うことなど、自由に記入してください。

K-4 子育てふり返しシート

*お子さんの名前 _____

*記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ カ月) (小学 _____ 年) *記入者 _____

○生活

良いところ・できること	気になるところ・心配なこと

○遊び (小学校以上は学習ととらえてください)

--	--

○からだ (小学校以上は運動ととらえてください)

--	--

○人とのかかわり (言葉を含む)

--	--

*その他に思っていることや、感じていることはありますか? *

--

S-1 プロフィール

ふりがな		性別		生 年 月 日			
氏 名		男・女		平成 年 月 日 生			
住 所		電話番号					
		F A X					
転居先		携帯電話					
通園方法	徒歩		自転車		自動車		バス
緊急を要する場合の連絡方法 (電話番号) *どなたの番号か、わかるように 記入してください。		連絡先		続柄		電 話 番 号	
		1					
		2					
		3					
		4					
家 庭 状 況	続柄	氏名	生年月日	勤務先		勤務先住所及び電話番号	
家庭での呼び名				集団生活	<input type="checkbox"/> 経験あり <input type="checkbox"/> 経験なし		
血液型	型(検査年月日 月 日)			利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明		
健康保険証	記号 番号		平熱		度		
かかりつけ の病院	() () ()		TEL. TEL. TEL.				
アレルギーやアトピーと言われたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			薬などでかぶれたり、ただれたりしたことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 種類 使用しては困るもの(例: 冷えピタ、絆創膏など)				
現在服用している薬、軟膏などありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名又は症状「 薬の名前」							
今までにかかった病気			予防接種状況(下記の枠内に接種日を記入して下さい。)				
1 麻疹(はしか)	年	月	予防接種名/接種日	1回目	2回目	3回目	4回目
2 風疹	年	月	1 ポリオ			—	—
3 水痘(みずぼうそう)	年	月	2 BCG		—	—	—
4 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年	月	3 MR(麻疹風疹混合)			—	—
5 突発性発疹	年	月	4 三種混合				
6 喘息	年	月	5 おたふく		—	—	—
7 その他			6 水ぼうそう		—	—	—
8 川崎病(年 月現在も通院中 はい・いいえ)			7 その他()				
9 心臓病(年 月現在も通院中 はい・いいえ)			発達や慢性的な病気のこと、相談している病院や機関はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院・施設名 病気・障がい名 障がい者手帳または療育手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> はい(身・療 級) <input type="checkbox"/> いいえ				
10 腎臓病(年 月現在も通院中 はい・いいえ) (集団検尿異常) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			その他 伝えたい事				
11 大きなけが()							
12 脱臼 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)							
ひきつけ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(熱あり・なし 回)							
ダイアアップ (熱性けいれん予防薬) <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない							

S-2 生活調べ(0歳児)

記入日 年 月 日
名前

食	<p>1 食事の時間 (朝食 時頃) (昼食 時頃) (夕食 時頃)</p> <p>2 1回の所要時間 (分位)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べられない <input type="checkbox"/> 要介助</p> <p>4 <input type="checkbox"/> スプーンを使う (<input type="checkbox"/> 上手に使う <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> てづかみ) <input type="checkbox"/> 使えない</p> <p>5 食事の習慣について困っていること (例: 食べるのが遅い、遊びながら食べる、食が細い等) ()</p> <p>6 授乳 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 粉乳(メーカー) (乳首) 1回の量 C C 1日の回数 回</p>
事	<p>7 離乳食 はじめた時期 (ヶ月頃)</p> <p>8 食べさせては困るもの ()</p> <p>9 主に誰と一緒に食事していますか ()</p> <p>10 食べ物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい(除去食依頼書を提出してください) <input type="checkbox"/> いいえ</p>
生 活	<p>1 睡眠時間 時 分 ~ 時 分</p> <p>2 午睡時間 時から 時間くらい</p> <p>3 寝つきが <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> すぐ目を覚ましやすい</p> <p>4 寝る時の癖はありますか(何かを触る、抱っこしないと寝ない等・・・) ()</p> <p>5 夜泣きする <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p> <p>6 寝起きが <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い</p>
運 動 面	<p>1 ハイハイ (ヶ月頃) つかまりだち (ヶ月頃) つたい歩き (ヶ月頃)</p> <p>2・3 歩歩ける (ヶ月頃) <input type="checkbox"/> 独歩 (ヶ月)</p> <p>2 どんな遊びが好きですか ()</p>
言 語 面 対 人 面	<p>1 話し初め(マンマ・ブーブー等)はいつ頃ですか ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ</p> <p>2 意味のある言葉をいう <input type="checkbox"/> 言う <input type="checkbox"/> 言わない</p> <p>3 人見知り <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p>
排 泄	<p>1 オムツ使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 使用 *1日 回くらい</p> <p>2 大便 *1日 回 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 不定 <input type="checkbox"/> 便秘がち)</p>
家庭での方針・どんな子に育てたいですか	
幼稚園・保育園に対する希望	
特に気になることや、なおしたい癖、子育てに関する悩みなどがありますか	

S-2 生活調べ(1歳児)

記入日 年 月 日
名前

<p>食</p>	<p>1 1回の所要時間 (分位)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べられない <input type="checkbox"/> 要介助</p> <p>3 <input type="checkbox"/> スプーンを使う (<input type="checkbox"/> 上手に使う <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> てづかみ) <input type="checkbox"/> 使えない</p> <p>4 食事の習慣について困っていること <input type="checkbox"/> ムラ食い <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>5 断乳 <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない</p> <p>6 牛乳 <input type="checkbox"/> 飲んだことがない <input type="checkbox"/> コップで飲む <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む 温めますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>7 離乳食は終わりましたか <input type="checkbox"/> 終わった <input type="checkbox"/> 終わってない</p> <p>8 主に誰と一緒に食事をしていますか ()</p> <p>9 食べ物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい (除去食依頼書を提出してください) <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>生 活</p>	<p>1 睡眠時間 時 分 ~ 時 分</p> <p>2 朝寝しますか <input type="checkbox"/> はい (時から 分くらい) <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>3 午睡時間 (時から 時間くらい)</p> <p>4 寝つきが <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> すぐ目を覚ましやすい <input type="checkbox"/> 寝ぼける</p> <p>5 寝る時の癖はありますか (何かを触る、抱っこしないと寝ない等・・・) ()</p> <p>6 夜泣きする <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p>
<p>運 動 面</p>	<p>1 ひとり歩き <input type="checkbox"/> しっかり歩ける <input type="checkbox"/> まだヨタヨタして転びやすい</p> <p>2 どんな遊びが好きですか ()</p>
<p>言 語 面 対 人 面</p>	<p>1 話し初め(まんま・ブーブー等)はいつ頃ですか ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2語文を言う <input type="checkbox"/> 意味のある言葉をいう</p> <p>3 人見知り <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p>
<p>排 泄</p>	<p>1 オムツ使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 使用 *1日 回くらい <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 紙パッド使用</p> <p>2 大便 *1日 回 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 不定 <input type="checkbox"/> 便秘がち)</p>
<p>家庭での方針・どんな子に育てたいですか</p>	
<p>幼稚園・保育園に対する希望</p>	
<p>特に気になることや、なおしたい癖、子育てに関する悩みなどがありますか</p>	

S-2 生活調べ(2歳児)

記入日 年 月 日
名前

食 事	1 食事の時間 (朝食 時頃) (昼食 時頃) (夕食 時頃)
	2 1回の所要時間 (分位)
	3 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べられない <input type="checkbox"/> 要介助
	4 <input type="checkbox"/> スプーンを使う (<input type="checkbox"/> 上手に使う <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> てづかみ) <input type="checkbox"/> 使えない
	5 <input type="checkbox"/> はしを使う (<input type="checkbox"/> 上手に使う <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> エジソン箸等で練習中) <input type="checkbox"/> 使わない
	6 食事の習慣について困っていること (例：立って歩く・テレビを見ながら食べる・遊び食べする・食が細い等・・・) ()
	7 どうしても食べないもの・苦手なもの ()
	8 牛乳 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 全く飲めない <input type="checkbox"/> 苦手
	9 主に誰と一緒に食事していますか (朝 夜)
	10 食べ物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい (除去食依頼書を提出してください) <input type="checkbox"/> いいえ
睡 眠	1 睡眠時間 (時 分 ~ 時 分)
	2 午睡 (<input type="checkbox"/> する 時間 <input type="checkbox"/> しない)
	3 寝つきが <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> すぐ目を覚ましやすい <input type="checkbox"/> 寝ぼける
	4 寝る時の癖はありますか (何かを触る、抱っこしないと寝ない等・・・) ()
	5 機嫌よく <input type="checkbox"/> 起きる <input type="checkbox"/> 起きない
	6 夜は誰と寝ますか ()
	7 寝る前に何かしてあげていることはありますか ()
排 泄	1 オムツ使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 使用 *1日 回くらい <input type="checkbox"/> 寝るとき使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 紙パッド使用
	2 大 便 *1日 回 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 不定 <input type="checkbox"/> 便秘がち)
	3 排尿を予告する <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
着 脱 衛 生	1 手洗いを一人でする (<input type="checkbox"/> 洗える <input type="checkbox"/> 洗えない)
	2 歯を磨いている (<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない)
	3 着脱がひとりのできるもの <input type="checkbox"/> くつ <input type="checkbox"/> ソックス <input type="checkbox"/> タイツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> ズボン <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> 上着 <input type="checkbox"/> セーター <input type="checkbox"/> ボタン
遊 び	1 どんな遊びが好きですか ()
言 語	1 話し方 <input type="checkbox"/> よく話す (おしゃべりな方) <input type="checkbox"/> 聞かれたら話す <input type="checkbox"/> 黙ってしまう
	2 人の話 <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> なかなかできない
	3 ことば <input type="checkbox"/> はっきり話すことができる <input type="checkbox"/> 幼児語がとれない <input type="checkbox"/> 少しどもる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 2語文を話す
	4 身体の異常を訴えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (<input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> おなかすいた <input type="checkbox"/> 眠い <input type="checkbox"/> その他)
家庭での方針・どんな子に育てたいですか	
幼稚園・保育園に対する希望	
特に気になることや、なおしたい癖、子育てに関する悩みなどはありますか	

S-2 生活調べ〈3・4・5歳児〉

記入日 年 月 日
名前

歳児				
食 事	1 食事の時間 (朝食 時頃) (昼食 時頃) (夕食 時頃) 2 1回の所要時間 (分位) 3 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一人で食べられない 4 <input type="checkbox"/> スプーンを使う (<input type="checkbox"/> 上手に使う <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> てづかみ) <input type="checkbox"/> 使えない 5 <input type="checkbox"/> はしを使う (<input type="checkbox"/> 上手につかう <input type="checkbox"/> まだこぼす <input type="checkbox"/> エジソン箸等で練習中) <input type="checkbox"/> 使わない 6 食事の習慣について困っていること (例: 立って歩く・テレビを見ながら食べる・食が細い等・・・) () 7 特に好きな食べ物 () 8 どうしても食べないもの・苦手なもの () 9 食べさせては困るもの () 10 主に誰と一緒に食事していますか () 11 食べ物アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> はい (除去食依頼書を提出してください) <input type="checkbox"/> いいえ			
	睡 眠	1 睡眠時間 時 分～ 時 分 2 昼寝 (<input type="checkbox"/> する 時間 <input type="checkbox"/> しない) 3 ねつきが (<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい) 4 <input type="checkbox"/> よくねる <input type="checkbox"/> よくねない <input type="checkbox"/> ねぼける 5 寝る時のくせ () 6 きげんよく (<input type="checkbox"/> おきる <input type="checkbox"/> おきない) 7 夜は誰と寝ますか () 8 寝る前に何かしてあげることはありますか ()		
		排 泄	1 オムツ使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 紙パッド使用 <input type="checkbox"/> 寝る時のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用 * 1日何回くらい 回 大便 回 2 大便 * 1日 回 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 不定 <input type="checkbox"/> 便秘がち) * 自分で <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 3 小便 何時間おき位ですか * 近い時で 時間 分 * 遅い時で 時間 分 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> とおい <input type="checkbox"/> 気にすると近くなる 4 おねしょ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々	
			衛 生	1 手洗い一人で (<input type="checkbox"/> 洗える <input type="checkbox"/> 洗えない) 用便後 手を <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 洗わない 食事前 手を <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 洗わない 2 鼻が一人で (<input type="checkbox"/> かめる <input type="checkbox"/> かめない) 鼻血がでやすい (<input type="checkbox"/> でやすい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受診したことがある) 3 うがい (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) 4 一人で歯を (<input type="checkbox"/> 磨ける <input type="checkbox"/> 磨けない <input type="checkbox"/> 磨いていない)

〈3・4・5歳児〉

着 衣	1 一人でできるもの <input type="checkbox"/> くつ <input type="checkbox"/> ソックス <input type="checkbox"/> タイツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> ズボン <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> セーター <input type="checkbox"/> 上着 <input type="checkbox"/> ホック <input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> ひも <input type="checkbox"/> ファスナー
言 葉	1 話し方 <input type="checkbox"/> よく話す（おしゃべりな方） <input type="checkbox"/> 聞かれたら話す <input type="checkbox"/> 黙ってしまう 2 人の話 <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> なかなかできない 3 言語 <input type="checkbox"/> はっきり話すことができる <input type="checkbox"/> 幼児語がとれない <input type="checkbox"/> 少しどもる 4 身体の異常を訴えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない （ <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> おなかすいた <input type="checkbox"/> 眠い <input type="checkbox"/> その他） 5 その他、気になることがあれば記入ください
遊 び	1 どんな遊びが好きですか 2 苦手なこと 3 配慮してほしいこと
子育てに関する悩みなどがあれば記入ください	
家庭での方針・どんな子どもに育てたいですか	
幼稚園・保育園に対する希望	
性格・行動で特に気になること、直したいくせ	

T-1 特別支援等の記録

学校・園での特別支援の記録

学校名・園名	時期	支援内容
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()
TEL() -	歳児 学年 月	<input type="checkbox"/> TT支援(補助) <input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()

※終了時には、「その他」に記入する

学校・園での特別支援の記録

機関名	機関	支援・サービス内容
TEL() -	～	
TEL() -	～	
TEL() -	～	
TEL() -	～	
TEL() -	～	
TEL() -	～	
TEL() -	～	
TEL() -	～	

T-2 手帳・諸手当に関する情報

医療に関する情報

年 月 日	病 院 名	病名及び診断名	担当医師

児童相談所への相談歴

年 月 日	機 関 名	相 談 の 概 要	担 当 者

手帳・諸手当

種 類	記 号 ・ 番 号	程 度	交 付 年 月 日
療 育 手 帳			
身 障 手 帳			
特別児童扶養手当			
障がい児福祉手当			
重 度 医 療			

その他記事項

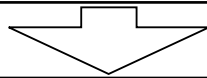
--

※随時書き足していく

T-3 個別の支援計画

学校(園)名		(フリガナ) 氏 名		男・女
学 年	年 組 (才)			

作成日	平成 年 月 日	担 当	
課題の解決に活用できそうなこと (よさ・できること) ※K-4より抜粋		取り組むべき課題・取り組めそうな課題 (気になること) ※K-4より抜粋	
希 望 ・ 願 い			
本 人	保 護 者	支 援 機 関	
長 期 目 標 (____年後を見通した目標)			
支 援 の 手 立 て			



評価日	平成 年 月 日	担 当	
長 期 目 標 評 価			
次 期 長 期 目 標			

T-4 同意書

同意書

_____さんにかかわる個別の支援計画の作成、改訂、活用、評価に必要な情報を関係者（機関）から収集したり、関係機関に提供したりすることに同意します。

ただし、収集できる個人情報は、個別の支援計画の作成、改訂、活用、評価にかかわるものに限ることとします。

平成 年 月 日

_____ 学校(園)長 様

(署名) 氏名 _____ 続柄 ()

やりとりやコミュニケーションの育ち 問診票

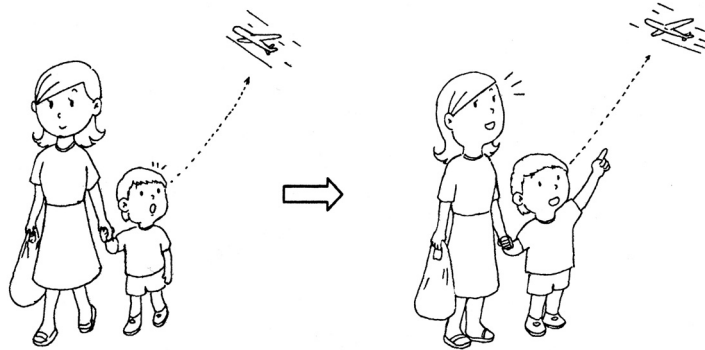
年 月 日 記入者 _____

(日本語版M-CHAT 短縮版)

お子さんの日頃の様子について、質問にもっともあてはまる答え（はい/いいえ）を○で囲んでください。もし、質問の行動をめったにしないと思われる場合は（たとえば、1, 2度しか見た覚えがないなど）、お子さんはそのような行動をしない（「いいえ」を○で囲む）とご回答ください。

1. 何かほしいモノがある時、指をさして要求しますか？ はい ・ いいえ

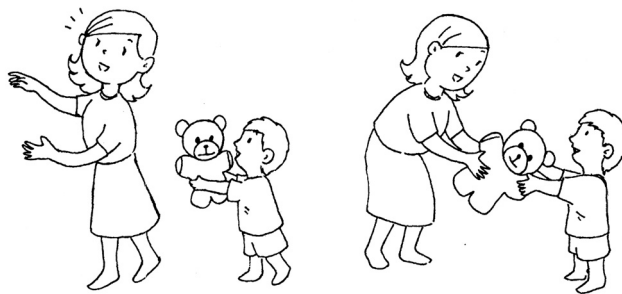
2. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？ はい ・ いいえ



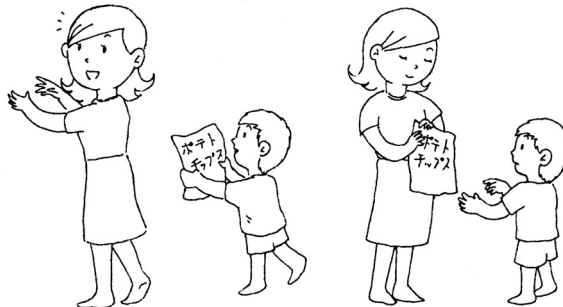
「たとえば、飛行機を見つけた時に、それを指さしてお母さんにも見てもらおうとするかどうか。」

3. おかあさんに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？ はい ・ いいえ

【正しい例 (○)】



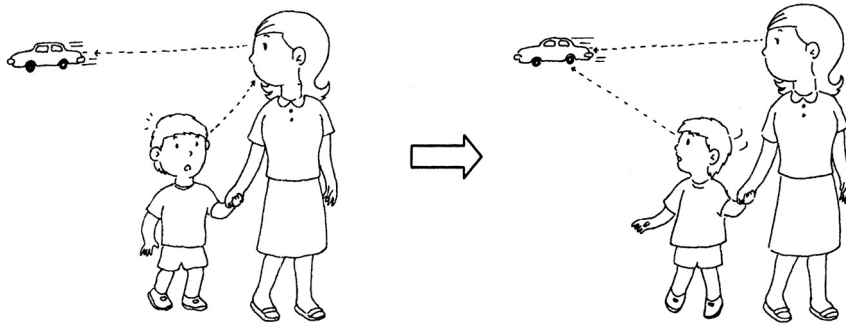
【違う例 (×)】



「正しい例(○)では、お母さんにもクマのぬいぐるみを見てほしいので持ってきています。」

でも、違う例(×)では、ポテトチップスの袋を開けてほしいために、お母さんに持ってきています。」

4. おかあさんが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？ はい ・ いいえ



「たとえば、お母さんが何かおもしろいものを見た時の、お母さんの表情や様子から、お子さんも、その同じものを見ようとするかどうか。」

5. おかあさんのすることをまねしますか？

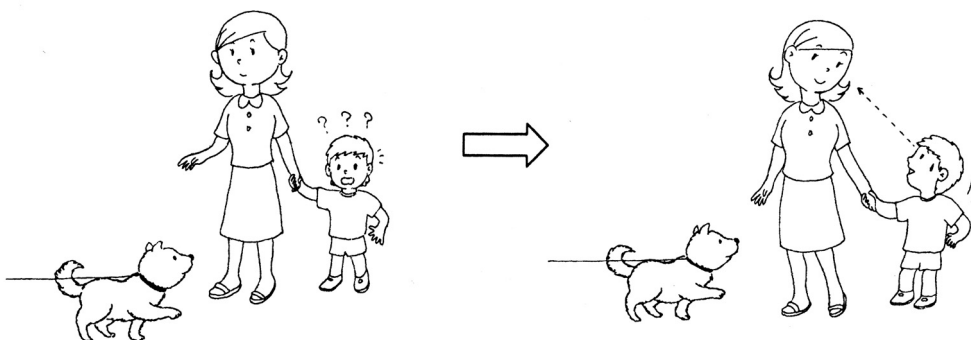
(たとえば、口をとがらせてみせると顔まねをしようとするか?) はい ・ いいえ

(注：ここで尋ねているのは、料理や掃除のまねなど、物を使ったまねではありません。

顔まねとかオツムテンテンといった一芸のまね、などをするかどうかについての質問です)

6. おかあさんが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか？ はい ・ いいえ

7. いつもと違うことがある時、おかあさんの顔を見見て反応を確かめますか？ はい ・ いいえ



「たとえば、いつもは近づいてこない犬が近づいてきとたきなどに、お母さんの顔を見てお母さんの様子(反応)を確かめようとするかどうか」

子育てに関する相談・支援機関窓口（町内・外）

機 関・施設名	所 在 地	電話番号	対 象	相 談 内 容
東神楽町こども未来課	南1西1-4-1	83-5423	乳・幼・児	子育て・保育
東神楽町子育て支援センター	南1西1-4-1	83-5423	乳・幼	子育て
東神楽町子ども発達支援センター おひさま教室	19号	83-2996	乳・幼・児	療育・発達
東神楽町立中央保育園	南2東2-1-1	83-3769	乳・幼	保育
東神楽町立東聖保育園	ひじり野南1-2	83-3767	乳・幼	保育
東神楽町立東神楽幼稚園	南2東1-5-1	83-2343	幼	教育
東聖こばと幼稚園	ひじり野南1-2	83-4777	幼	教育
東神楽町住民福祉課 (役場庁舎1階)	南1西1-3-2	83-5431	妊・乳・幼 児・生	妊婦・育児・栄養 健康・福祉サービス
東神楽町教育委員会管理課 (役場庁舎2階)	南1西1-3-2	83-5406	児・生	教育・就学
東神楽町立東神楽小学校	南3東1-2-1	83-2344	児	教育・就学
東神楽町立東聖小学校	ひじり野南1-2-1-1	83-3055	児	教育・就学
東神楽町立忠栄小学校	19号南5	83-3205	児	教育・就学
東神楽町立志比内小学校	志比内	96-2146	児	教育・就学
東神楽町立東神楽中学校	南1西3-6-1	83-2413	生	教育・就学
旭川児童相談所	旭川市10条通11丁目	23-8195	乳・幼 児・生	養護・保健・障がい 非行・育成
旭川肢体不自由児 総合療育センター	旭川市春光台2条1丁目	51-2126	乳・幼 児・生	医療・療育
旭川医科大学付属病院	旭川市緑ヶ丘2条1丁目	69-3830	乳・幼 児・生	医療
旭川市立旭川病院	旭川市金星町1丁目	24-3181	乳・幼 児・生	医療
旭川厚生病院	旭川市1条通24丁目	33-7171	乳・幼 児・生	医療

<対象について> 妊～妊婦 乳～新生児・乳児<0～1歳> 幼～幼児<2～6歳>
児～児童<7～12歳> 生～生徒<13歳～15歳>

関 係 機 関 ・ 施 設

機 関 ・ 施 設 名	所 在 地	電 話 番 号
北海道立子ども総合医療・療育センター 『コドモックル』	札幌市手稲区金山1条1丁目240番6	011-612-5030
北海道立特別支援教育センター	札幌市中央区円山西町2丁目	011-612-5030
旭川市特別支援教育センター	旭川市10条通11丁目	26-1304
北海道療育園	旭川市春光台4条10丁目	51-6524
旭川市愛育センター みどり学園	旭川市春光6区4条1丁目	51-3059
旭川市愛育センター わかくさ学園	旭川市春光6区4条1丁目	51-0760
上川圏域総合相談支援センター ねっと	旭川市宮前通東4155番地	38-1180
障がい者支援センター きたのまち	旭川市宮前通東4155番地	38-1001
北海道旭川盲学校	旭川市旭町2条15丁目	51-8101
北海道旭川聾学校	旭川市住吉町4条3863	51-6121
北海道旭川養護学校	旭川市春光台2条1丁目	51-6507
北海道鷹栖養護学校	鷹栖町北野西3条2丁目	87-2261
北海道東川養護学校	東川町西10号北36	82-4586
北海道美深高等養護学校	美深町字西町25	01656-2-2155
北海道雨竜高等養護学校	雨竜町字尾白利加92-21	0125-78-3101
北海道小平高等養護学校	小平町字鬼鹿田代577-2	0164-57-1203

※本シートに掲載されていない相談・支援機関窓口、関係機関・施設に関するお問い合わせは、東神楽町子ども未来課子育て支援センター（83-5423）までお願いします。