**【 記 入 例 】**

この記入例は、就学相談時に作成・提出する「すくらむ」の記入例です。

「すくらむ」の全ての様式とその記載例は、ＨＰに掲載していますので、

お子さんの成長に合わせて、ぜひご活用ください。

保護者が記入します。



様式１

**フェイスシート**

作 成 日：令和　○○年　○○月　○○日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本  人 | ふりがな | | あさひかわ　じろう | | | 性　　別 | 生　年　月　日 | | | |
| 氏　名 | | 旭　川　　二　郎 | | | 男 ・ 女 | 平成 ○○年 ○○月 ○○日 | | | |
| 住  所 | 〒070-2222  　旭川市豊岡５条６丁目７－８ | | | | | | | 自宅電  話  番  号 | 0166-11-1111  固定電話がない場合は空白のまま | |
| 家  族 | 続柄 | 氏名 | | 生年月日 | 職場（学校）／電話 | | | 携帯電話 | | 同居・別居 | |
| 父 | 旭川　太郎 | | 平成○年  ○月○日 | ○○サービス（株）  0166-22-2222 | | | 090-1234-5678 | | 同居 |
| 母 | 旭川　花子 | | 平成○年  ○月○日 | ○○食品  0166-44-4444 | | | 090-8765-4321 | | 同居 |
| 兄 | 旭川　一郎 | | 平成○年  ○月○日 | ○○大学  0166-55-5555 | | | 090-8888-8888 | | 同居 |
| 姉 | 旭川　花美 | | 平成○年  ○月○日 | 北海道○○高等学校  0166-77-7777 | | | 090-9999-9999 | | 別居 |
| 祖父 | 上川　一夫 | | 昭和○年  ○月○日 | 無職 | | |  | | 同居 |
| 祖母 | 上川　雪子 | | 昭和○年  ○月○日 | 無職 | | |  | | 同居 |

※変更がある場合は二重線で消し、変更内容を書き足してください。

保護者が記入します。



様式２

**医療・相談などの記録（No.１）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　旭　川　二　郎

**医療に関する記録**

病名や診断名があれば記入します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 医療機関名 | 期日・期間 | 病名・診断名等 | 担当者 |
| １ | ○○病院　小児科 | 平成○年  ○月○日～  ○日間 | 入院（ぜんそく） | □□医師 |
| ２ | ○○療育センター | 令和○年  ○月○日～ | 自閉スペクトラム症の診断  初診日又は、受診期間を記入してください。（初診日が不明な場合はおおよその期間） | □□医師 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 関係機関からもらったプリントや検査結果などは、同じ番号のインデックスを付し、綴じておきます。 |  |  |

**おやこ応援課・子ども総合相談センターや児童相談所等の相談に関する記録**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 相談機関名 | 期日・期間 | 相談の概要 | 担当者 |
| １ | ○○相談センター | 平成○年  ○月○日～  ○月○日 | ・子どもの発達の検査  　○○式発達検査  ・子どもの苦手なことへの対応の仕方 | □□先生 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | 相談内容の概要を記入します。 |  |
|  |  |  |  |  |

※通院・入院や相談機関を利用した場合は、このシートにその概要を記入しましょう。

※受診や相談に係る資料や検査結果のコピーなども、可能な限り綴じておきましょう。

保護者が記入します。



様式３―１

**保育・教育の記録**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　旭　川　二　郎

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 園名・学校名 | 在籍期間 | 担任氏名 | | 備考 |
| 幼稚園  保育園 | ○○幼稚園 | 平成○年　４月  　　　～  平成○年　３月 | 未満児 | ○○先生 |  |
| 年　少 | ◇◇先生 |
| 年　中 | △△△△先生 |
| 年　長 | ○○先生  □□先生 |
| 小学校 |  |  | １年生 | 年度途中で担任が変わった場合は、新しい情報を書き加えます。 |  |
| ２年生 |  |
| ３年生 |  |
| ４年生 |  |
| ５年生 |  |
| ６年生 |  |
| 中学校 |  |  | １年生 |  |  |
| ２年生 |  |
| ３年生 |  |
| 高等学校 | お子さんの成長に合わせて  小学校入学以降の情報を  書き加えていきましょう。 |  | １年生 |  |  |
| ２年生 |  |
| ３年生 |  |
| ４年生 |  |
| 他の民間  施設など |  |  |  | |  |

様式４―１

保護者が記入します。



**出産・発育の様子 ①**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　旭　川　二　郎

母子手帳・健診で確認したことを記入しましょう。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出  産  の  状  態 | 妊婦期間 | 妊娠　○○週　○○日 | | | | | | | | | | 医師の診断や出産時に気になったことなど |
| 分娩経過  ✔ | □頭　　位　□骨 盤 位　□そ の 他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | 母子手帳などを参考に記入します。 |
| 特記事項  ✔ | | | | | | | | | |
| □前期破水　□早期破水　□逆　　子 | | | | | | | | | |
| □臍帯巻絡　□羊水混濁　□そ の 他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 分娩方法 | □経腟分娩　□器械分娩（□吸　引／□鉗　子）　□帝王切開 | | | | | | | | | |
| 分娩所要時間  ✔ | ○時間　　○分 | | | | | | | | | |
| 出血量 | □少　量　□中　量　□多　量（　　　　　ml）  ✔ | | | | | | | | | |
| 出産時の  児の状態 | 性別 | | □男　□女　□不明 | | | | 数 | □単　□多（ 　胎） | | |
| 体重 | | 3、020g | | | | 身長 | ○○cm | | |
| 頭囲 | | ○○cm | | | | 胸囲 | ○○cm | | |
| 特別な所見・処置  ✔ | | | | | | | | | |
| □仮　　　死　□け い れ ん　□強 い 黄 疸　□哺乳力低下  □保育器使用　□酸 素 使 用　□そ　の　他（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 出産場所名称 | ○○○○病院 | | | | | | | | | |
| 分娩取扱者名  ✔ | 医　師：○○　○○ | | | | | 助産師：○○　○○ | | | | |
| 出産後の  母体の経過 | □良　好　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ✔  ✔ | | | | | | | | | |
| 産後の気分の落ち込み：□無　□有  治療：□無　□有（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 乳  幼  児  期 | 新生児期  ～生後28日 | 栄　養　□母　乳　□混　合　□人工乳  ✔  ✔ | | | | | | | | | | 気になったことなど |
| 哺乳力　□普　通　□弱　い  ✔  ✔ | | | | | | | | | |  |
| 黄　疸　□な　し　□普　通　□強　い | | | | | | | | | |
| 先天性代謝異常等検査　□異常なし　□再 検 査　□精密検査  ✔ | | | | | | | | | |
| 聴覚検査　右：□パス　□リファー／左：□パス　□リファー | | | | | | | | | |
| 先天性サイトメガロウイルス検査　□陰　　性　□陽　　性 | | | | | | | | | |
| ４か月  健康診査 | 体重 | ○○○○g  ✔  ✔ | | 身長 | ○○cm | | | | 頭囲 | ○○cm | 指導・助言の内容や気になったことなど |
| 栄 養 法　□母　乳　□混　合　□人工乳 | | | | | | | | | |  |
| 栄養状態　□　良　　□要指導  ✔ | | | | | | | | | |
| 股関節開排制限　□な　し　□あ　り | | | | | | | | | |
| １０か月  健康診査 | 体重 | ○○○○g  ✔ | | 身長 | ○○cm | | | | 頭囲 | ○○cm | 指導・助言の内容や気になったことなど |
| 栄養状態　□　良　　□要指導 | | | | | | | | | |  |
| 離乳食：１日（　　　）回　／　歯：（　　　）本  ✔ | | | | | | | | | |
| 口の中の疾患や異常　□な　し　□あ　り（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| １才６か月  健康診査 | 体重 | ○○○○g  ✔  ✔  ✔  ✔ | | 身長 | ○○○cm | | | | 頭囲 | ○○cm | 指導・助言の内容や気になったことなど |
| 栄養状態　□　良　　□要指導 | | | | | | | | | |  |
| 目の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 耳の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い  ✔ | | | | | | | | | |
| 予防接種　□Hib　　　　　　 □小児肺炎球菌　　□B型肝炎  □ロタウイルス　　□ジフテリア　　　□百日せき  　　　　　□破傷風　　　□ポリオ　　　□BCG　　　□麻しん  　　　　　□風しん　　　□水痘 | | | | | | | | | |
| ３才６か月  健康診査 | 体重 | ○○○○g | | 身長  ✔ | ○○○cm | | | |  | | 指導・助言の内容や気になったことなど |
| 栄養状態　□太り気味　□普　　通　□やせ気味 | | | | | | | | | |  |
| 視　　力　右（　1.5 　）　左（　2.0　　）  ✔  ✔  ✔ | | | | | | | | | |
| 目の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 耳の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 予防接種　□Hib　　　　　　 □小児肺炎球菌　　□B型肝炎  　□ロタウイルス　　□ジフテリア　　　□百日せき  　　　　　□破傷風　　　□ポリオ　　　□BCG　　　□麻しん  　□風しん　　　□水痘　　　　□日本脳炎 | | | | | | | | | |

保護者が記入したり、

幼稚園・保育園等や関係機関と相談しながら記入します。



様式６―１

**子ども理解シート（就学前）**

　　５才　２ヵ月

氏名：旭　川　二　郎

作 成 日：　令和６年　４月２３日　記入者：○○　○○

見直し日：　令和　年　　月　　日　記入者：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項  目 | よさ・できること | | 気になること・苦手なこと | |
| 本人にある実態として | 人や場面などとの関連で | 本人にある実態として | 人や場面などとの関連で |
| 遊  び | 運動遊び・制作遊び・考える遊び・学習につながる遊び　など | | | |
| ・好きな遊び（積み木や折り紙）は集中して一定時間（２０分以上）続けられる。 | ・事前に一日の流れを伝えておくと、生活の流れに乗ることができる。  ・周りが静かだと集中して取り組める。。 | ・ジャンケンの勝ち負けがわからず、勝たないと気が済まない  ・落ち着きがなく、じっとしているのが苦手。  ・大声をあげたり、突然泣き出したりすることがある。  ・体のバランスをとることが難しい。 | ・好きなおもちゃにこだわり、遊べない時は怒り出す。  ・周囲の音や刺激に敏感である。 |
| 生  活 | 睡眠・食事・排泄・衛生・物の管理・手伝い・移動・敏感さや鈍感さ　など | | | |
| ・明るく元気である。  ・昼寝は一人でできる。  ・起きたら次にする行動がわかる。 |  | ・嫌いな物を口に入れるとすぐに出してしまう  ・家では嫌いな物は食べない。  ・食べたい気持ちが先に立ち、箸を使わずに手で食べてしまう。 |  |
| 社  会  性 | 家族を含めた他者との関わり方・さまざまな場でのふるまい・危険の回避　など | | | |
|  | たくさん記載されている欄とそうではない欄の凸凹がそのお子さんの特徴です。  欄を無理に埋めようとする必要はありません。 | ・ルールの理解が難しい。 | ・集団の中では、言葉による指示の理解が難しい。  一つの文には、一つの内容にするなど簡潔な文章で記入します。  記入します。 |
| そ  の  他 | 上記以外の内容・家族（きょうだい）関係・デイサービス　など | | | |
|  | 特にない（思いつかない）場合は、空欄のままで構いません。 |  | ・妹が生まれてから精神的に不安定なところが見られる。 |

※特徴的な様子について記入してください。特に思い浮かばない記入欄は書かなくても構いません。

※どの記入欄に書けばよいか迷った時は、その行動や様子が多く見られる記入欄に書いてください。



幼稚園・保育園等や関係機関が保護者と相談しながら記入します。

※計画を作成していない場合は一部のみ保護者が記入します。

様式８

**個別の支援計画**

　５歳　２ヵ月

　　年　　組（　△△△△　学級）

氏名：旭川　二郎

作 成 日：令和○年　○月　○日　記入者：○○　○○

評 価 日：　　　年　　月　　日　記入者：

|  |  |
| --- | --- |
| 本人・保護者の希望や願い | 支援者（関係機関）の意見 |
| ・友達をたくさん作りたい。（本人）  ・困ったときに相談できる場所がほしい。（保護者）  ・余暇を楽しむため趣味を見つけて欲しい。（保護者） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 長期目標：１年後を見通した目標（～R８年４月） | 短期目標：６ヵ月内の達成目標（～R7年 １０月） |
|  | 幼稚園・保育園等で「個別の支援計画」を作成していない場合は、本人の希望を聞き取ったり、本人の思いを想像したりして保護者が記入します。  聞き取りが難しい場合は保護者の願いだけでも構いません。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人への働きかけ | 支援の手立て（合理的配慮） | | 環境調整の工夫 |
|  | |  | |

手立てにはナンバーリング（通番）し、それぞれの手立てに（　　）を附し担当者を記します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 成果 | | 評価 | | 課題 | |
| 幼稚園・保育園等や関係機関で「個別の支援計画」を作成している場合は、担当者に記入を依頼してください。  作成済の「個別の支援計画」を添付しても構いません。 | | |  | | |
| ➡「中止」する手立て： | なし | | ➡「継続」する手立て： | | ４ |
| ➡「更新」する手立て： | ３ | | ➡「変更」する手立て： | | ５ |
| ➡「継続」する手立て： | １・２ | | ➡「中止」する手立て： | | ６ |

保護者が記入します。



様式１０（オプション）

**支援・福祉サービス等の記録**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　旭川　二郎

**園・学校での支援の記録**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 園・学校名 | 支援形態  障害児保育、加配、特別支援学級、通級指導教室、  ティームティーチング等 | 期間 |
| ○○保育園 | 障害児保育 | 平成○年○月～  平成○年○月 |
|  |  |  |
| 支援や福祉サービスを利用している場合に記入してください。 |  |  |
|  | 支援内容が不明な場合は、関係機関の方と相談して記入してください。  わからない場合は空欄でも構いません。 |  |

**発達支援や福祉サービスの記録**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 主な支援内容 | 期間 |
| ○○母子通園センター |  | 平成○年○月～  平成○年○月 |
| デイサービス○○○○ | 下校時のお迎えと放課後活動 | 平成○年○月～ |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 記号・番号 | 程度 | 交付年月日 |
| 療　育　手　帳 | １２３４５６ | B | 平成○年○月○日 |
| 身　障　手　帳 |  |  |  |
| 特別児童扶養手当 |  |  |  |
| 障害児福祉手当 |  |  |  |
| 重　度　医　療 |  |  |  |

**手帳・諸手当**