**フェイスファイル**

**目　　次**

基本情報　　　　　 ・・・フ-１

生育歴　　　　　　 ・・・フ-２

医療情報　　　　　 ・・・フ-３

相談歴など　　　　 ・・・フ-４

コピー記録票　　　　　・・・フ-5

成長にともない、内容を大きく変更される場合は追加ページをご利用ください。

（追加ページが必要な方は関係機関にお問い合わせください。）

　　　　　記入年月日（　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** | | | | **性別**  男　・　女 | | **連絡先** | |
| **氏　名** | | | | **愛称**（ふだんの呼び名） | | **生年月日**  　年　　　月　　日 | |
| **住所** | 〒 | | | | | | |
| **家族氏名** | | **続柄** | **成年月日** | | **住所** | **連絡先** | **備考** |
|  | |  |  | | 同居・別居 |  |  |
|  | |  |  | | 同居・別居 |  |  |
|  | |  |  | | 同居・別居 |  |  |
|  | |  |  | | 同居・別居 |  |  |
|  | |  |  | | 同居・別居 |  |  |
|  | |  |  | | 同居・別居 |  |  |

その他の緊急連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **続　柄** | **連絡先** | **備考** |
| **１** |  |  |  |  |
| **２** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **緊急時の連絡先** |
| 地震： |
| 風水害： |
| 福祉避難所： |

|  |  |
| --- | --- |
| **自宅周辺図** | **自宅見取り図** |

＊ご負担のない範囲でご記入ください。

フ－１

**生育歴**

　記入年月日（　　　　年　　　月　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **出産前** | |
| ・妊娠中、特に気になることがありましたか？（具体的に） | |
| **出産時** | |
| ●**出産予定日**（　　　　　年　　　月　　日）　**出産日**（　　年　　月　　日）　（週）  ●**お母さんの年齢**（　　　　　　歳）  ●**赤ちゃんの体重**（　　ｇ）　身長（　ｃｍ）　胸囲（　ｃｍ）　　頭囲（　ｃｍ）  ●**分娩の経過は？**　　頭位　・　骨盤位　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●**その他**　　◇仮死状態：　なし　　・　あり　　　◇Ａｐ（アプガー）：（　　　　点）　/（　　　　　点）    　　　　　　　　◇ＡＢＲ（新生児聴覚検査）：パス　・　要再検  　　　　　　　　◇その他 | |
| **乳幼児健診の状況** | |
| １カ月健診 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 4カ月健診 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７カ月児相談 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １０カ月健診 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １歳半健診 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２歳半健診 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３歳半健診 | 受けていない　　・　　受けた　　（　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **備　　　考** | |
|  | |

フ－２

|  |
| --- |
| **発達状況** |
| ●**母乳・ミルクの飲み**　　　　　　普通　・　弱かった　・　その他（　　　　　　）  ●**運動発達**　　　　　　首のすわり（　　　　　　カ月）　、　寝返り　（　　　　　　カ月）  お座り　　（　　　　　　カ月）　、　はいはい（　　　　　　カ月）  ひとり歩き（　　歳　　　カ月）  ●**視線の合わせ方**　　　　　　よく合う　・　合うこともある　・　合いにくい    ●**人見知り**（　　　　　カ月頃～）  **●親の後追い**（　　　　　カ月頃～）  **●指さし**（　　　　　カ月頃～）  **●初めての言葉（ママ、マンマ、ワンワン　など）**歳　　　カ月頃　（　言った言葉　）    **●２つ以上の言葉を続けて言ったのは？**  歳　　　カ月頃（　言った言葉　　）      **●育児で、気になったことがありますか？**  　・寝てばかりいた 　 ・あまり寝ない　　　　　・病気がち  　・よく泣く　　　 　　 　 ・おとなしい　　　　　　・聴こえについて  　・よく動く　　　 　　　 ・かんしゃく　　　　　 　・落ち着きがない  　・気持ちの切りかえが難しい　　　　　　　　　　 ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **備　　　考** |
|  |

フ－2

**医療情報**

　記入年月日（　年　月　日）

**かかりつけ医療機関・気をつける病状**

**（ひきつけ、心臓病、ぜんそく、アレルギー、てんかんなど）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病名** | 症状 | 対応 | 薬 |
| **治療開始時期** |
| **医療機関名[ＴＥＬ]** |
| **主治医** |
| **病名** |  |  |  |
| **治療開始時期** |
| **医療機関名[ＴＥＬ]** |
| **主治医** |
| **病名** |  |  |  |
| **治療開始時期** |
| **医療機関名[ＴＥＬ]** |
| **主治医** |
| **病名** |  |  |  |
| **治療開始時期** |
| **医療機関名[ＴＥＬ]** |
| **主治医** |
| **病名** |  |  |  |
| **治療開始時期** |
| **医療機関名[ＴＥＬ]** |
| **主治医** |

＊変更があったら、色ペンで書きかえていきましょう。

フ－３

**持病（基礎疾患）　・　体質など**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **禁忌薬（飲んではいけない薬）** | | **なし・**あり | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **アレルギー** | **食物アレルギー** | **なし・あり** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **薬アレルギー** | **なし・あり** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **避けた方がよい食べ物（薬や病気の関係など）** | | **なし・あり** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **持病（慢性的な病気）** | | **なし・あり** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **常用薬（いつも飲んでる薬）** | | **なし・あり** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**どのような体質ですか（○をしてください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **かぜをひきやすい** |  | **かぶれやすい** |
|  | **下痢（げり）をしやすい** |  | **関節が抜けやすい　（　肘　・　肩　・　その他　）** |
|  | **便秘しやすい** |  | **よく吐く** |
|  | **その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |

(ぜんそく等の重度の持病がある場合の注意点、けがをした時に意思に本人のことを伝えるが、

本人にどのように治療のことを伝えるか　など）

**緊急時の注意点**

|  |
| --- |
|  |

**注意してほしいこと、支援してほしいこと**

|  |
| --- |
|  |

フ－３

**利用機関・通所　など**

**相談・発達検査・通所・リハビリなどの記録**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日（年　月　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時 期 | 保健センター・病院・  療育教室など | 内　　容 |
| 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  [TEL] |  |
| 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 機関名：    担当者：    [TEL] |  |
| 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  [TEL] |  |
| 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  [TEL] |  |
| 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  [TEL] |  |
| 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  [TEL] |  |

フ－４

**コピー記録票**

このファイルをコピーし、渡した人・機関と、その理由をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日 | コピーを渡した人・機関 | 理　由 | 該当ページ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

フ－5

**コピー記録票**

このファイルをコピーし、渡した人・機関と、その理由をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日 | コピーを渡した人・機関 | 理　由 | 該当ページ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

フ―５