**②　フェイスシート　　　　（記入日：　　　年　　　月　　　日）**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療に関すること**□詳細情報あり ( )ページ | 定期通院　□　なし　　□　あり①病名：　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　②病名：　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：　③病名：　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：　 |
| 既往歴 |  |
| **福祉に関すること**□詳細情報あり ( )ページ | 各種手帳 | □なし　□あり（□身体障害者手帳　□療育手帳　□精神保健福祉手帳　） |
| 各種手当・医療給付等 | □なし　□あり□特別児童扶養手当　□障害児福祉手当　□自立支援医療給付（□精神　□育成　□更生）　□医療費助成：□重度心身障害者（児）□小児慢性特定疾病　□その他（　　 |
| **発達経過** | 出生時　 | 体重 | 　　　　　　　ｇ | 身長 | ㎝ |
| 特記事項：□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 首のすわり | （　　歳　　カ月） | 寝返り | （　　歳　　カ月） |
| お座り | （　　歳　　カ月） | はいはい | （　　歳　　カ月） |
| つかまり立ち | （　　歳　　カ月） | 伝い歩き | （　　歳　　カ月） |
| 歩き始め | （　　歳　　カ月） | 話し始め | （　　歳　　カ月） |
| **乳幼児健診** | 1歳半健診 | □受診（市町村名　　　　　　　） | □未受診 |
| 特記事項： |
| 2歳半健診 | □受診（市町村名　　　　　　　） | □未受診 |
| 特記事項： |
| 3歳半健診 | □受診（市町村名　　　　　　　） | □未受診 |
| 特記事項： |
| **発達支援相談利用**□詳細情報あり ( )ページ | □　なし　　□　あり①　　　年　　月：（言語・心理・医師）　□保健センター　□その他（　　 　 ）特記事項：　②　　　年　　月：（言語・心理・医師）　□保健センター　□その他（　　 　 ）特記事項： |
| **発達支援教室利用** | □　なし　　　　□さくらんぼ教室　□あそびの教室　□幼児ことばの教室□　あり→　　　　（利用期間：　　　年　　月～　　　年　　　月） |