

キッズ・ブック

(幼児期の支援情報)

キッズ・ブック

— <お願い> —

※各シートの表裏の構成が崩れないように、
必ず表紙の裏面は白紙で刷りだしてください。

0歳児シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：首のすわり、寝返り、お座り、ハイハイ、つかまり立ち、伝い歩きなど、身体面での発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：母乳またはミルクの回数、離乳食の内容・回数、食べ方などの、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子や感じたことについて
人とのかかわり	例：人見知りの様子（まったくない、誰にでも抱かれる、極度に嫌がるなど）、人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、好みの遊びや嫌いな遊びなど、感じたことについて
好きなこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
聞こえと発声	例：耳の聞こえ、どんな声を出しているかなどの、具体的な様子について
その他	

0歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	<p>例：腹ばいになってようやく首を持ち上げる。家族みんなで喜び合う。</p> <p>例：「バンバン」「プープー」等の効果音でケラケラ笑う。</p>

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

1歳児シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：ハイハイ、つかまり立ち、伝い歩き、ひとり歩きなど、身体面での発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：母乳またはミルクの回数、食事の内容・回数、食べ方などの様子について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子や感じたことについて
人とのかかわり	例：人見知りの様子（まったくない、誰にでも抱かれる、極度に嫌がるなど）、人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、好みの遊びや嫌いな遊びなど、感じたことについて
遊び	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
聞こえと発声	例：耳の聞こえ、どんな声を出しているかなどの、具体的な様子について
その他	

1歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	<p>例：手遊び歌を歌ってあげるととても喜び、声を出しながら体の動きをまねるようになった。</p> <p>例：野菜や魚など好き嫌いが多く、食が細い。落ち着いて食べられず、すぐにおもちゃで遊んでしまう。</p>

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

2歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	<p>例：「ダメ」「やめて」と言うとかえってやり続ける。</p> <p>例：スーパーで欲しいものが買ってもらえず、ひっくり返って大泣きする。次からは買い物前に〇〇だけと約束するようにした。</p>

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

3歳児シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム							
(通園・通級など活動のある日)							
0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時
(休みの日)							
0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：階段を交互に足を出してのぼる、三輪車をこぐなど、身体面の発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：食事の内容、回数、食べ方、好き嫌いなど、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子やどこまで一人で行えるかなどについて
ことば・表現	例：ことばの理解の仕方、おしゃべりの特徴などについて
人とのかかわり	例：人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、集団での様子などについて
好きなこと 苦手なこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

3歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
ことばの教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	例：友達と大げんかする。先生の仲立ちで仲直りできた。 例：運動会のザワザワした様子が苦手。緊張したのか上手に走れなかった。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

4歳児シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：階段を交互に足を出してのぼる、三輪車をこぐなど、身体面の発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：食事の内容、回数、食べ方、好き嫌いなど、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子やどこまで一人で行えるかなどについて
ことば・表現	例：ことばの理解の仕方、おしゃべりの特徴などについて
人とのかかわり	例：人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、集団での様子などについて
好きなこと 苦手なこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

4 歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
ことばの教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	例：友達と大げんかする。先生の仲立ちで仲直りできた。 例：運動会のザワザワした様子が苦手。緊張したのか上手に走れなかった。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

5歳児シート

記入日 (年 月 日) 記入者 ()

大まかな生活リズム

(通園・通級など活動のある日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

(休みの日)

0時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	翌0時

※お子さんの特徴や、関わる人に知って欲しいことなどをお書きください。

保護者の願い	
運動面	例：階段を交互に足を出してのぼる、三輪車をこぐなど、身体面の発達の時期や体の使い方について
栄養と食事	例：食事の内容、回数、食べ方、好き嫌いなど、食事の様子や内容について
睡眠・生活リズム	例：起床・就寝時間（整いにくさなど）、睡眠の様子などの、生活リズムの様子やどこまで一人で行えるかなどについて
ことば・表現	例：ことばの理解の仕方、おしゃべりの特徴などについて
人とのかかわり	例：人とのやりとりの様子（視線・気持ちの交流など）、集団での様子などについて
好きなこと 苦手なこと	例：好みの遊びや嫌いな遊び、遊び方やお友達との関係、好きな場所や嫌いな場所などについて
困ったときの対処方法 (パニック時など)	
その他	

5歳児シート

園における 支援加配	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
療育教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
ことばの教室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	担当者名	
医療機関 定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		服薬	
歯科医療 機関受診	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 医師名	.
		受診内容	治療 ・ 定期受診（予防処置）
相談機関	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 →	機関名・ 担当者名	.

※家庭の手だてとしてやってみて上手くいったこと、子どもとの関わりで難しかったこと、子育ての中で難しかったことなど、何でもご自由にお書きください。

年月日	出来事
	例：友達と大げんかする。先生の仲立ちで仲直りできた。 例：運動会のザワザワした様子が苦手。緊張したのか上手に走れなかった。

※欄が足りない場合には、「記録シート」をご活用ください。

記録シート

* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

※必要部数を両面コピーしてお使いください。

記録シート

* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

記録シート

* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

※必要部数を両面コピーしてお使いください。

記録シート

* 思ったこと・感じたこと、何でも自由にお書きください。

年月日	出来事

サポート・ネットワーク

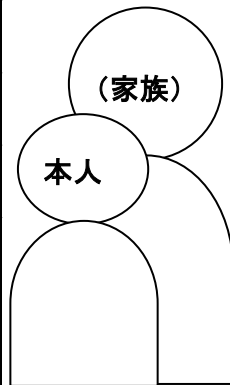
記入日 (年 月 日) 記入者 ()

* お子さんやご家族に関わりのある、学校や市役所の支援機関、相談機関をお書きください。

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		



機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

サポート・ネットワーク

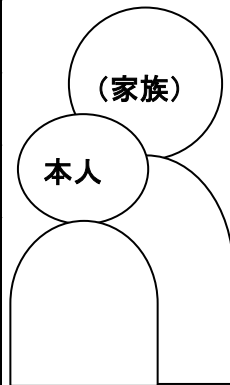
記入日 (年 月 日) 記入者 ()

* お子さんやご家族に関わりのある、学校や市役所の支援機関、相談機関をお書きください。

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		



機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		

機関名		
連絡先 (電話等)		
利用期間	開始	年 月 日
	終了	年 月 日
担当者名		
支援内容		