

プロフィール編

プロフィールシート

記入日： 年 月 日

(フリガナ) 名前	年齢	性別 男・女
	生年月日 年 月 日	血液型
住所 〒 _____ 駐在区 _____ 土幌町字 _____	電話 () - () - () -	

<家族構成>

	氏名	続柄	勤務先・学校名	連絡先	緊急連絡の 優先順位
①		同居・別居			
②		同居・別居			
③		同居・別居			
④		同居・別居			
⑤		同居・別居			
⑥		同居・別居			
⑦		同居・別居			
⑧		同居・別居			

<かかりつけ医>

病院 _____ 科 担当Dr. _____ TEL () - _____
病院 _____ 科 担当Dr. _____ TEL () - _____
病院 _____ 科 担当Dr. _____ TEL () - _____

<出生時の記録>

◆妊娠中にあったこと

- ・妊娠中毒症 ・貧血 ・切迫流産 ・切迫早産 ・不正出血 ・感染症 ・薬物服用
- ・放射線検査 ・事故 ・病気 ・喫煙 ・アルコール常用 ・強度の身体的疲労
- ・強度の精神的疲労 ・胎児の心拍微弱 ・胎児の発育不良 ・羊水過多 ・特になし
- ・その他()

◆在胎週数

週 日

◆出産時の両親の年齢

父 歳 母 歳

◆出産した医療機関(主治医)

病院 Dr. ()

◆出産の様式

- ・正常分娩 ・帝王切開 ・吸引分娩 ・鉗子分娩 ・誘発分娩
- ・その他()

◆分娩時にあったこと

- ・多児 ・逆子 ・首に臍帯が絡んでいた ・出血が多かった ・特になし
- ・その他()

◆出生時の体重など

体重	g
身長	cm
頭囲	cm

◆アプガースコア

1分時 点
5分時 点

◆出生時の状態について

- ・仮死だった ・泣かなかった ・保育器に入った ・黄疸あり(光線療法:有・無)
- ・哺乳力が弱かった ・よくミルクを吐いた ・その他()

<診断の記録>

診断名	医療機関	診断年月日	診断内容

<特に気がかりな病気や疾病の状況> (過去にかかった感染症など)

<p>◆過去にかかった感染症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・麻疹 <u> </u> 歳ごろ ・風疹 <u> </u> 歳ごろ ・流行性耳下腺炎 <u> </u> 歳ごろ ・水痘 <u> </u> 歳ごろ ・百日咳 <u> </u> 歳ごろ ・溶連菌感染症 <u> </u> 歳ごろ ・その他 (<u> </u>) <u> </u> 歳ごろ 			
診断名、診断時期	医療機関	症状	治療、生活管理
病名: 年 月～ 年 月			
病名: 年 月～ 年 月			
病名: 年 月～ 年 月			
病名: 年 月～ 年 月			

<月経>

初潮	小・中・高 年生	月～	周期	順・不順	量	多・普通・少
月経中のケア						

<保存しておく必要のある薬の記録>

薬名	病院名	薬の量	効能、服用の仕方	服用開始時期など

資料を添付して下さい(病院からの処方箋など)

薬品名/主な作用	使用上の注意
薬剤名 : 処方期間: 年 月~	
薬剤名 : 処方期間: 年 月~	

<福祉サービス利用の記録>

サービスの種類	期間	支給量・利用量	サービス事業所

<その他関係機関>

関係機関名	備考

<諸手当、年金など>

手当名称	等級など	支給額など	備考

<資格、免許など> (英検やタイピングなどの資格、その他免許等を記載)

資格等名称	等級など	取得日	備考

<障害者手帳など> (該当の場合は該当欄に○を、該当しない物は×を記載してください)

該当	手帳の種類	障害等級	交付日	備考 (Noや次回更新日など)
	身体障害者 手帳	____級 視覚・聴覚・肢体・内部 その他()	年 月 日	
	療育手帳		年 月 日	
			年 月 日	

<受診歴、相談歴>

日時	医療機関、相談機関	受診・相談理由	経過・検査の結果・注意事項	担当者
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				
年月				

<保育、教育歴>

学年	園・学校名	担任名	学び方 (通級指導等、特別支援学級他、個別的な配慮点を記入)