

### 3 乳児期

記入日	年 月 日	年 齢	歳 月	記入者	
身長	cm程度	聴 力	(右) 日常生活に支障 無・有		dB
体重	kg程度		(左) 日常生活に支障 無・有		dB
言語障害	無 ・ 有	視 力	(右) 日常生活に支障 無・有		
運動障害	無 ・ 有		(左) 日常生活に支障 無・有		
通っている 医療機関	医療機関名： ( )				
	病名： 受診頻度： /月・年				
	服薬状況				
	医療機関名： ( )				
	病名： 受診頻度： /月・年				
	服薬状況				
相談して いる場所	医療機関名： ( )				
	病名： 受診頻度： /月・年				
	服薬状況				
	無・有 ・ 明石市立発達支援センター ・ 明石市立保健センター				
	・ 兵庫県中央こども家庭センター ・ 明石健康福祉事務所				
	・ 医療機関 ( ) ・ その他 ( )				
定期的に 通っている 場 所	無・有				
自立支援医療	無・有	開始	年 月 日	医療機関	
福祉サービス	無・有	開始	年 月 日	居宅・施設	

## 本人について

本人の特徴	
注意点・ 配慮点	

## コミュニケーション

伝達方法	
------	--

## 遊び

好きな遊び	屋内
	屋外

診断時期	診断名	診断機関

その他の参考事項