

幼児期に通った場所
保育の記録



年度	施設名	関わってくれた先生
平成〇年度	〇〇保育園	〇〇先生
平成 年度		

なまえ _____

幼児療育・相談・福祉サービスの記録

機関名	宇都宮市子ども発達センター
期間	H〇〇年〇〇月 ~ H〇〇年〇〇月
担当者名	〇〇 〇〇先生
検査の実施	H 〇〇年 〇〇月(検査名: K式)
訓練の内容 相談の記録 など	ことばの遅れあり, 人との関わりが少ないと言われ, カンガルー教室を紹介され, 月1回通うことになった

機関名	〇〇病院
期間	H 〇〇年 〇〇月 ~ H 〇〇年 〇〇月
担当者名	〇〇先生
検査の実施	H 〇〇年 〇〇月(検査名: 脳波検査・心理検査)
訓練の内容 相談の記録 など	広汎性発達障がいと診断される。 心理相談月1回, 言語指導月1回通うことになる。

なまえ _____

小学校・小学部の時期に通った場所
教育の記録



年度	学校名(年組, 担任)	備考
平成 ○年度	○○学校○○年○組 担任名 ○○先生	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	

なまえ

療育・相談・福祉サービスの記録

機関名	宇都宮市教育センター
期間	H ○○年 ○月 ~ H ○○年 ○月
担当者名	○○ 先生
検査の実施	H ○年 ○月(検査名: 田中ビネー)
訓練の内容 相談の記録 など	行動上の困難を改善するため、適応支援教室「かすたネット」に定期的に通うことになった。

機関名	通級指導教室
期間	H ○○年 ○月 ~ H ○○年 ○月
担当者名	○○先生
検査の実施	H ○年 ○月(検査名: WISC-III)
訓練の内容 相談の記録 など	コミュニケーション能力の向上や学習内容の習得に関する指導を受ける。

なまえ

中学校・中等部の時期に通った場所
教育の記録



年度	学校名(年組, 担任)	備考
平成 ○年度	○○学校 ○○年 ○○組 担任名○○先生	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	

なまえ

療育・相談・福祉サービスの記録

機関名	○○病院
期間	H ○○年 ○○月 ~ H ○○年○○月
担当者名	○○先生
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

機関名	
期間	H 年 月 ~ H 年 月
担当者名	
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

なまえ

高校・高等部の時期に通った場所
教育の記録



年度	学校名(年組, 担任)	備考
平成〇 年度	〇〇学校〇〇 年〇〇 組 担任名〇〇〇先生	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	
平成 年度	学校 年 組 担任名	

なまえ _____

療育・相談・福祉サービスの記録

機関名	〇〇〇センター
期間	H 〇〇年 〇〇月 ~ H 〇〇年 〇〇月
担当者名	〇〇〇先生
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

機関名	
期間	H 年 月 ~ H 年 月
担当者名	
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

なまえ _____

学校卒業後に通った場所



年度	機関名	備考
平成〇〇年度 (歳)	〇〇センター	
平成 年度 (歳)		

なまえ _____

療育・相談・福祉サービスの記録

機関名	
期間	H 年 月 ~ H 年 月
担当者名	
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

機関名	
期間	H 年 月 ~ H 年 月
担当者名	
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

なまえ _____

就労の記録



年度	就労先	備考
平成〇〇年度 (〇 歳)	〇〇〇〇会社	
平成 年度 (歳)		

なまえ _____

療育・相談・福祉サービスの記録

機関名	
期間	H 年 月 ~ H 年 月
担当者名	
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

機関名	
期間	H 年 月 ~ H 年 月
担当者名	
検査の実施	H 年 月(検査名:)
訓練の内容 相談の記録 など	

なまえ _____