

## 週5日・週1日併行通園 申込み票

受付番号	面談日時	I D
	/ ( ) :	-

記入者(続柄) ( ) 20 年 月 日記入 見学20 年 月 日/昨年度

ふりがな 児童氏名	性別			生年月日	
	( )			20 年 月 日	
住 所	〒 - 町田市				
連絡先	- - ※日中、連絡が取れる電話番号				
同居の家族 (本人を除く)	続柄	氏名	続柄	氏名	
診 断 名	(診断を受けた病院名: )				
既往歴・定期通院					
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ( )		<input type="checkbox"/> なし		
愛の手帳	<input type="checkbox"/> あり ( 度)		<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> なし
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり ( 級)		<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> なし
通所受給者証	<input type="checkbox"/> あり (受給日数 日)		<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> なし

お子さんの様子にあてはまる□にチェック☑をつけてください

運 動	<input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 階段の昇降 <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 首のすわり				
言 語	発 話	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 二～三語文 <input type="checkbox"/> 一語文 <input type="checkbox"/> 数個の単語 <input type="checkbox"/> 有意味語なし			
	理 解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な指示は理解 <input type="checkbox"/> 理解しているが応じない <input type="checkbox"/> 理解できない			
	要 求	<input type="checkbox"/> ことばで伝える <input type="checkbox"/> 大人の手を引く <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ない			
まねっこ	<input type="checkbox"/> する (例: ) <input type="checkbox"/> しない				
生 活 習 慣	食べ方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食具を使うが援助が必要 <input type="checkbox"/> 手づかみ食べ <input type="checkbox"/> 全介助			
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳後期食 <input type="checkbox"/> 離乳中期食 <input type="checkbox"/> 離乳初期食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	偏 食	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 促すとトイレに行く <input type="checkbox"/> 時間排泄で成功 <input type="checkbox"/> オムツ			
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 少しの援助でできる <input type="checkbox"/> 協力動作がある <input type="checkbox"/> 全介助			
睡 眠	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不眠傾向 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> その他				
行 動 特 徴	自 傷	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない			
	他 害	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない			
	こだわり	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない			
	行 動	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 危険な行動 <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> 特にない			
	感覚過敏	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない			
	その他	パニックなど ( )			
集団場面	<input type="checkbox"/> 援助なしで参加 <input type="checkbox"/> 部分的な援助で参加 <input type="checkbox"/> 参加できない <input type="checkbox"/> わからない				

利用中のサービス 療育体験 親子グループ グループ指導 その他 ( ) なし

第 1 希望	<input type="checkbox"/> 週1日 <input type="checkbox"/> 週5日	受付印
第 2 希望	<input type="checkbox"/> あり (週 日通園) <input type="checkbox"/> なし	
空き待ち	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
所 属 園	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 入園申込み中(予定) <input type="checkbox"/> なし	
	(園名 )	