

受付番号	面談日時	I D
	/ () :	記入例

週5日・週1日併行通園 申込み票

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	診断名や往診歴等があれば記入してください
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		該当する項目があれば記入してください	
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 <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 () <input type="checkbox"/> ない		
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"/> 全介助			
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 療育体験 <input type="checkbox"/> 親子グループ <input type="checkbox"/> グループ指導			
第 1 希望	<input type="checkbox"/> 週1日 <input type="checkbox"/> 週5日			
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)			

ご家庭での様子をもとに、保護者の方が現状を記入してください。また、医師等の診断や指導等があれば該当する項目に記入してください。