

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	☐ あり () ☐ なし			
愛の手帳	☐ あり (度) ☐ 申請中 ☐ なし			
身体障害者手帳	☐ あり (級) ☐ 申請中 ☐ なし			
通所受給者証	☐ あり (受給日数 日) ☐ 申請中 ☐ 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	☐ 歩く ☐ 階段の昇降 ☐ つかまり立ち ☐ はいはい ☐ おすわり ☐ 寝返り ☐ 首のすわり			
言 語	発 話	☐ 会話ができる ☐ 二～三語文 ☐ 一語文 ☐ 数個の単語 ☐ 有意味語なし		
	理 解	☐ 理解できる ☐ 簡単な指示は理解 ☐ 理解しているが応じない ☐ 理解できない		
	要 求	☐ ことばで伝える ☐ 大人の手を引く ☐ その他 () ☐ ない		
	まねっこ	☐ する (例:) ☐ しない		
生 活 習 慣	食べ方	☐ 自立 ☐ 食具を使うが援助が必要 ☐ 手づかみ食べ ☐ 全介助		
	食形態	☐ 普通食 ☐ 離乳後期食 ☐ 離乳中期食 ☐ 離乳初期食 ☐ ミルク ☐ 経管栄養		
	偏 食	☐ ある () ☐ ない		
	排 泄	☐ 自立 ☐ 促すとトイレに行く ☐ 時間排泄で成功 ☐ オムツ		
	着替え	☐ 自立 ☐ 少しの援助でできる ☐ 協力動作がある ☐ 全介助		
	睡 眠	☐ 規則正しい ☐ 不眠傾向 ☐ 寝つきが悪い ☐ 夜泣き ☐ その他		
行 動 特 徴	自 傷	☐ ある () ☐ ない		
	他 害	☐ ある () ☐ ない		
	こだわり	☐ ある () ☐ ない		
	行 動	☐ 落ち着きがない ☐ 危険な行動 ☐ 不安が強い ☐ 特にない		
	感覚過敏	☐ ある () ☐ ない		
	その他	パニックなど ()		
集団場面	☐ 援助なしで参加 ☐ 部分的な援助で参加 ☐ 参加できない ☐ 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	☐ 週1日 ☐ 週5日			受付印
第 2 希望	☐ あり (週 日通園) ☐ なし			
空き待ち	☐ する ☐ しない			
所 属 園	☐ あり ☐ 入園申込み中(予定) ☐ なし			
	(園名)			