

週5日・週1日併行通園 申込み票

受付番号	面談日時	記入例
	/ () :	

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	たろう すみれ 太郎		性別 (男)	生年月日 2020年 4月 2日
住 所	〒194-0021 町田市中町2-13-14			
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
	父	すみれ 一郎		
	母	すみれ 花子		
	弟	すみれ 次郎		
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 ☐ 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 ☐ なし		
利用中のサービス	☐ 療育体験 ☐ 親子グループ ☐ グループ指導 ☐ なし			
第 1 希望	☐ 週1日 ☐ 週5日			
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)			

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。