児　童　の　生　活　状　況　に　つ　い　て

全ての欄をもれなく記入してください。　　令和　　年　　月　　日現在

児童氏名	生年月日	保護者氏名	アフタースクール名
	平成　年　月　日		アフタースクール

身体障害者手帳もしくは療育手帳の有無：　有　・　無

障害の内容

（　　）

※手帳をお持ちの場合は、手帳のコピーを添付してください（複数の場合は全て）

今までに利用したことのある相談機関等：　有　・　無

※有の場合は下記に詳細を記入してください。

☐ 保健所　　相談内容（　　）

☐ こどもセンター　　相談内容（　　）

☐ その他：相談機関名　（　　）

相談内容（　　）

児童の生活状況

自由に会話ができる。　（　はい　・　いいえ　）

【いいえの場合、具体的にどの程度まで会話ができますか。】

一人で排泄ができる。　（　はい　・　いいえ　）

【いいえの場合、具体的にどの程度の手助けが必要ですか。】

一人で食事ができる。　（　はい　・　いいえ　）

【いいえの場合、具体的にどの程度の手助けが必要ですか。】

その他健康上・生活上の問題点(薬の服用・持病等)（　有　・　無　）

有の場合、具体的に。

アレルギー（　有　・　無　）

有の場合、具体的に。