

〈記入例〉

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3年11月1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
三木 一郎	平成 27 年 4 月 10 日	三木 太郎	三樹 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： <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 障害の内容 [広汎性発達障害 (療育手帳 B2)。] ※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： <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 ※有の場合は下記に詳細を記入してください。			
<input type="checkbox"/> 保健所 相談内容 () <input type="checkbox"/> こどもセンター 相談内容 () <input checked="" type="checkbox"/> その他：相談機関名 (三木市 すこやか相談) 相談内容 (排泄について。 こだわりが強い。)			
児童の生活状況	自由に会話ができる。 (<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。】 ・ トイレに行くタイミングが合わないことがあるので、声掛けをしてほしい。 ・ 大便の際、きれいに拭くことが難しいため介助が必要。		
	一人で食事ができる。 (<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無) 有の場合、具体的に。 アレルギー (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無) 有の場合、具体的に。 卵、牛乳を含む食品を摂取するとじんましんがでる。		