

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
	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 障がいの内容 （ ）			
※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、具体的に記入してください。		
	アレルギー（ 有 ・ 無 ） 有の場合、具体的に記入してください。		