

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 7 年 6 月 2 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 30 年 4 月 10 日	三木 太郎	〇〇 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 (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： (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	(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。(はい) ・ いいえ) 【いいうえの場合、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) ・ いいうえ) 【いいうえの場合、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。(はい) ・ いいうえ) 【いいうえの場合、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。 卵、牛乳を含む食品を摂取するとじんましんがでる。			