

こどもの発達等に関する相談 エントリーシート

記入年月日： 年 月 日
 記入者名： (続柄：)

- ※ このシートは、こどもの発達等に関する相談の沼津市共通様式です。保護者が記入し、相談先の窓口にご持参ください。
- ※ 市役所の相談先の窓口で、複写（コピー）をとらせていただきます。原本は保護者が保管してください。
- ※ 色のついている枠に記入をしてください。差し支えない範囲で結構ですので、できるだけ詳細にご記入ください。
- ※ お子様の成長等に応じて、適宜情報を更新してください。

相談内容	お子様の発達について不安に感じていることなどを記入してください
------	---------------------------------

こどもと家族の様子

(フリガナ) 児童氏名			生年月日	年 月 日			(歳)		
所属 (学校名等)			<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級指導 () <input type="checkbox"/> 特別支援 ()						
住所	〒	-	沼津市		保護者氏名			続柄	
			TEL	-	-				
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業等	勤務時間等の状況	健康状態	備考	
			年 月 日	歳					
			年 月 日	歳					
			年 月 日	歳					
			年 月 日	歳					

こどもについて

所属歴 (幼稚園、保育園、学校等)	所属期間		所属名	
	年 月 ~ 年 月	年 月		<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級指導 () <input type="checkbox"/> 特別支援 ()
年 月 ~ 年 月	年 月		<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級指導 () <input type="checkbox"/> 特別支援 ()	
年 月 ~ 年 月	年 月		<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級指導 () <input type="checkbox"/> 特別支援 ()	
年 月 ~ 年 月	年 月		<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級指導 () <input type="checkbox"/> 特別支援 ()	
年 月 ~ 年 月	年 月		<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 通級指導 () <input type="checkbox"/> 特別支援 ()	

医療の記録	検査年月日	診断(障害)名	医療(検査)機関	備考	
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
手帳	<input type="checkbox"/> 身障手帳 (種 級)	番号	交付日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B)	番号	交付日	年 月 日	
身体状況				身長	cm
				体重	kg
	服薬の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 薬の種類 ()				
アレルギーの有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 内容 ()					
福祉サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		<input type="checkbox"/> 計画相談支援
	事業所名 ()		事業所名 ()		事業所名 ()
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業		<input type="checkbox"/> 活動支援事業		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援
事業所名 ()		事業所名 ()		事業所名 ()	
<input type="checkbox"/> その他 サービス名 () 事業所名 ()					
手当等	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)		<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当		
	<input type="checkbox"/> 在宅福祉手当		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
生活歴	出生時～幼児期までの様子				
	在胎週 週 <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	出生時の体重 g 身長 cm				
定額 歳 月 座位 歳 月 始歩 歳 月 始語 歳 月					
<small>(首がすわった時期) (初めて座った時期) (初めて歩いた時期) (初めて言葉を話した時期)</small>					
自宅での様子					
幼稚園・保育園、学校等での様子					

家族と生活について

生活の状況	住居の状況 (持ち家: <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅) (賃貸: <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅)
	(その他: <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ())
	居住環境 ()
	外出時の主な交通手段 ()
	介護者(支援者)について (<input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭) 事由 (<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他)
	主に児童の支援をしている人 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 ())
主な支援者の在宅時間 (<input type="checkbox"/> 18時間以上 <input type="checkbox"/> 12時間以上18時間未満 <input type="checkbox"/> 12時間未満)	
本児童以外で介護(支援)が必要なひとの有無 (<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無)	

***注** 下記の同意欄には記入しないでください(市役所担当部署にてコピー後に記入いただきます)

このシートを沼津市役所 _____ 課がコピーすることに同意します。

このシートを、必要に応じ沼津市役所の関係課が情報共有することに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印