

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： 令和●年 ●●月 ●●日
 記入者名： (●山 ▽▽美 続柄： 母)

- ※ 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	○ヤマ ◇◇オ		生年月日	平成18年 7月 1日 (●●歳)				
所属 (学校名等)	○○特別支援学校 中学部2年	<input type="checkbox"/> 通常級	<input type="checkbox"/> 通級指導 ()					
		<input checked="" type="checkbox"/> 特別支援 (知的)						
住所	〒 410 - ●●●●	保護者氏名	○山 △△郎	続柄 父				
	沼津市 ○○町●●番●●号 ○○マンション●●号室	TEL	055 - 9●● - 1234					
		携帯電話	090 - ●●●● - 5678					
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
	○山 △△郎	父	昭和50年 ●●月 ●●日	45歳	会社員	例)日、祝祭日のみ休み、9:00~18:00勤務 (残業あり)	例)良好	例)長期出張あり
	○山 ▽▽美	母	昭和55年 ◇◇月 ◇◇日	40歳	パート	例)週2日(曜日不定)、9:00~16:00勤務	例)腰痛もち	例)2か月に1回定期通院あり
	○山 ◇◇助	弟	平成21年 ▲▲月 ▲▲日	11歳	○○小学校 5年生	例)7:30に登校 16:00に下校	例)良好	
	○山 ◎◎子	父方祖母	昭和22年 ▼▼月 ▼▼日	73歳	無職		例)高血圧	例)週1回通院
			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	所属名
	平成22年 4月 ~ 平成25年 3月	○○幼稚園	<input checked="" type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 特別支援 () <input type="checkbox"/> 通級指導 ()
	平成25年 4月 ~ 平成27年 7月	◇◇小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 特別支援 () <input type="checkbox"/> 通級指導 ()
	平成27年 7月 ~ 平成31年 3月	◇◇小学校	<input type="checkbox"/> 通常級 <input checked="" type="checkbox"/> 通級指導 (発達) <input type="checkbox"/> 特別支援 ()
	平成31年 4月 ~	△△特別支援学校	<input type="checkbox"/> 通常級 <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援 (知的) <input type="checkbox"/> 通級指導 ()
	年 月 ~	年 月	<input type="checkbox"/> 通常級 <input type="checkbox"/> 特別支援 () <input type="checkbox"/> 通級指導 ()

	検査年月日	診断(障害)名	医療(検査)機関	備考
医療の記録	平成●●年●●月●●日	自閉症スペクトラム	〇〇病院〇〇科	1回/月 受診
	平成◆◆年◆◆月◆◆日	ADHD	〇〇病院〇〇科	1回/月 受診
	平成▲▲年▲▲月▲▲日	てんかん	◇◇病院◇◇科	1回/月 受診
	年 月 日			
	年 月 日			
手帳	<input type="checkbox"/> 身障手帳 (種 級) 番号	番号	交付日	年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A ・ <input checked="" type="checkbox"/> B)	番号	交付日	平成●●年●●月●●日
身体状況	例) 気管切開、胃ろう、経管栄養、てんかん発作あり など			身長 ●●●● cm
				体重 ●●● kg
	服薬の有無 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 薬の種類 (リスパダール(朝、夕))			
アレルギーの有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 内容 ()				
福祉サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	事業所名 ()		事業所名 (〇〇〇〇)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援事業		<input type="checkbox"/> 活動支援事業	
事業所名 (▲▲▲▲)		事業所名 ()		
<input checked="" type="checkbox"/> その他 サービス名 (例) 訪問看護)		事業所名 (〇〇訪問看護ステーション)		
手当等	<input checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (2 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	
生活歴	出生時～幼児期までの様子			
	在胎週 38 週 <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (帝王切開)			
	出生時の体重 2728 g 身長 47.7 cm			
	定額 0 歳 4 月 座位 0 歳 9 月 始歩 1 歳 6 月 始語 2 歳 7 月 (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)			
例) 3歳児健診において保健師より発達の遅れがあるとの指摘を受けた。〇〇病院〇〇科に受診し、発達障害と診断された。				
自宅での様子				
例) 自宅では不安定時は落ち着きがなく、母親を叩く、物を投げることがある。好きなDVDを見ているときは大人しくなることが多い。				
幼稚園・保育園、学校等での様子				
例) 小学校では、周りの友達とうまくコミュニケーションがとれず1人でいることが多かった。今でも授業中落ち着いて席に座っていることができず、教室を抜け出してしまうことがある。				

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 checked="" 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 (例) 近くにコンビニやバス停があるため利便性は高い。マンション前の道路は交通量多いため注意が必要。)
	外出時の主な交通手段 (自家用車)
	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 checked="" 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 checked="" 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