

こどもと家族の様子（記入例）

記入年月日 令和〇年 〇月 〇日（金）

記入者名（ 沼津 花子 ）

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------|----------------------------|-----------------------------|--|---|------------------|----------|
| 児童氏名 | フリガナ ヌマヅ コタロウ | 生年月日 | 平成〇〇年〇年〇日 (〇歳) | | 通園通学 | 沼津市立〇〇中 (学校) 2 年 (普通・支援) | | |
| | 沼津 小太郎 | | | | | | | |
| 住所 | 〒410-〇〇〇〇 沼津市〇〇町〇〇-〇 マンションヌマヅ201 | | | 保護者氏名 | 沼津 一郎 | | 続柄 | 父 |
| | | | | TEL: 携帯電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | |
| 障害名 | 例) 自閉症スペクトラム、ADHD | | | 手帳 | <input type="checkbox"/> 身障手帳 (種 級) (年 月 日 交付) | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B) (年 月 日 交付) | | | |
| 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 | 142 | cm | | |
| | | | | 体重 | 45 | kg | | |
| 病歴・医療等 | (医療機関名・受診科目・頻度) | | | | | | | |
| | 〇〇病院〇〇科 1回/月(経過観察のため) | | | | | | | |
| | 〇〇病院 1回/週(リハビリのため) | | | | | | | |
| 服薬の有無 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無) 薬の種類 (リスパダール(朝、夕)) | | | | | | | | |
| 家族状況 | 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 | |
| | 沼津 太郎 | 父 | S〇〇年〇〇月〇〇日 (歳) | 会社員 | 日、祝祭日のみ休み 7:00~19:00勤務 | 良好 | 長期出張あり | |
| | 沼津 花子 | 母 | S〇〇年〇〇月〇〇日 (歳) | 主婦 | | 腰痛もち | 週一回定期通院あり | |
| | 沼津 小次郎 | 弟 | H〇〇年〇〇月〇〇日 (歳) | 〇〇小学校1年 ※新学年を記載 | 8:00に登校 14:00に下校 | 良好 | | |
| | 沼津 大花子 | 父方祖母 | S〇〇年〇〇月〇〇日 (歳) | パート | 週2日(曜日不定休) 9:00~17:00勤務 | 心臓の持病あり | 月1回通院している | |
| 生活歴等 | 出生時~幼児期までの様子 | | | | | | | |
| | 例) 普通分娩により出産。3か月で首がすわる。1歳半で単語を言えるようになる。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に1人であることが多い。授業中も落ち着いて席に座っていることができないため、教室を抜け出してしまうこともある。 | | | | | | | | |
| 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"/> その他 () | | | | | | | |
| 状況等 | 外出時の主な交通手段 (自家用車) ・ 自転車 ・ バス ・ 電車 ・ その他 () | | | | | | | |
| | 居住環境について 例) アパートの2階において家族で同居。近くにバス停や駅があるため交通の利便性は高い。家の前は道路のため注意が必要である。 | | | | | | | |
| | 介護者(支援者)について 主に児童の支援をしている人 (父・ 母 ・祖父母・兄弟・その他 ()) 主な支援者の在宅時間について (18時間以上) ・ 18時間未満12時間以上 ・ 12時間未満) 本児童以外で介護(支援)が必要なひとの有無 (有 ・ 無) | | | | | | | |