

なないろ江津駅前 児童発達支援・放課後等デイサービス 事前調査シート

氏名(ふりがな)	性別	血液型	生年月日
()	男・女	()	年 月 日
住所			

家族状況(本人以外)

続柄	氏名	生年月日	連絡先(電話)	緊急連絡順位

健康情報

診断名	診断日()
主治医	医療機関名() 主治医()
手帳の種類	
常用薬	
てんかん	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特徴()

アレルギーの有無

アレルギー	<input type="checkbox"/> 食べ物アレルギー()
	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー ()
	<input type="checkbox"/> 環境アレルギー ()

生活リズム（通っているところや決まっている活動をご記入下さい）

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
就寝時間							

身辺自立について（かっこ内に詳細をご記入下さい）

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ ）
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 時間排泄（ ）
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ ）
歯みがき	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きが必要 <input type="checkbox"/> 全介助（ ）
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ ）

興味関心（食べ物については、食事内容・おやつ・飲み物についてご記入下さい）

好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
好きな活動・遊び	
嫌いな活動・遊び	
感覚の過敏性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

コミュニケーションについて

理解	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 簡単な言葉 <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 写真、イラスト <input type="checkbox"/> 具体物 <input type="checkbox"/> その他（ ）
表出	<input type="checkbox"/> 言葉で伝える <input type="checkbox"/> 具体物や写真で伝える <input type="checkbox"/> 身振り伝える（指さしなど） （ ）

<なないろに希望すること・経験してほしいこと>

-
-
-
-
-

<その他・特記事項>