

お 子 様 調 査 票

●子供の情報

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日生(歳)
所属	()発達センター		
	()幼稚園 ・ 保育園 (年長 ・ 年中 ・ 年少)		
	()小学校・中学校・高校()年 通常学級・支援級		
	()特別支援学校 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部		
住所	〒		
連絡先	自宅	()	
	FAX	()	
	携帯電話	()	
メール	@		

●家族の情報

続柄	氏名	生年月日	所属(職業・学校)
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

●緊急連絡先

①	連絡先方 : 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他(
	連絡先名称 : 自宅 ・ その他 (
	電話番号 : ()
	携帯番号 : ()
	メール : @
②	連絡先方 : 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他(
	連絡先名称 : 自宅 ・ その他 (
	電話番号 : ()
	携帯番号 : ()
	メール : @

③	連絡先方：父・母・祖父・祖母・その他（
	連絡先名称：自宅・その他（
	電話番号：（ ）
	携帯番号：（ ）
	メール： @

●相談支援事業所名

※セルフプランの方は無記入でお願いします。

事業所名	担当者	連絡先	
		Tel	fax

●他の事業所の利用状況

事業所名	利用日数	連絡先	
①		Tel	fax
②		Tel	fax
③		Tel	fax

※上限管理をしている事業所名をお書きください（ ）

●診断名

なし・ある（ ）	病院名（ ）
----------	--------

●かかりつけ医

① 医療機関：	主治医：
② 医療機関：	主治医：
③ 医療機関：	主治医：

●健康について

服薬	無・有（
医療ケア	無・有 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素
アレルギー	無・有（
てんかん発作	無・有（
睡眠障害	無・有（

●手帳について

身体障害者手帳（無・有）	級
療育手帳（無・有）	A ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2

精神保健福祉手帳 (無 ・ 有)

●妊娠の様子

妊娠中の母の健康状態: 良い ・ 悪い()			
妊娠の回数	回目	何人兄弟の何番目	人兄弟の番目
薬の服用	無 ・ 有 ()		
妊娠中気になったこと			

●出産の様子

在胎期間	:	週	日
分娩	:	普通 ・ 逆子 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開 ・ 他 ()	
様子	:	普通 ・ 衰弱 ・ 仮死 ・ 臍帯けん絡 ・ 他 ()	
出生体重	:	グラム	
出生身長	:	センチ	
頭囲	:	センチ	
泣き方	:	良 ・ 他 ()	
N I C U	:	入った ・ 入っていない	
保育器使用	:	無 ・ 有 (日)	
黄疸	:	普通 ・ 光線療法 (日)	
医師の診断や出産時に気になったこと			

●乳幼児期の様子

首がすわる	()才()ヵ月
寝返りをする	()才()ヵ月
お座りをする	()才()ヵ月
はいはいをする	()才()ヵ月
つかまり立ちをする	()才()ヵ月
伝い歩きをする	()才()ヵ月
ひとりで歩く	()才()ヵ月
始語	()才()ヵ月
市の健診で指摘	されていない ・ された (内容

<その他、妊娠・出産の様子・発育の様子等で特に気になったこと、伝えたいこと>

● 食事について

食形態 (普通 ・ 全粥 ・ 一口大 ・ 刻み ・ パースト ・ とろみ)

食事方法 (自分で食べる ・ 手伝ってもらう ・ 食事するものによって違う)

食具 (普通箸 ・ 補助箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 手づかみ ・ その他)

食事の時間 (普通 ・ 長い ・ 短い)

<全体的な様子(集中しない・食べこぼし・歩き回るなど)>

● トイレについて

おしっこ (一人ができる・時間誘導・声掛け・手伝ってもらう・おむつ) 失敗 (する ・ しない)

うんち (一人ができる・時間誘導・声掛け・手伝ってもらう・おむつ) 失敗 (する ・ しない)

洋服の上げ下げ (一人ができる ・ 手伝ってもらう) 自分で (拭ける ・ 拭けない)

<全体的な様子(集中力など)>

● 着替えについて

<着る>

上衣(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能な物(かぶり・ボタン・チャック・半袖・長袖)

下衣(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能な物(ゆとりのある物・ピタリ感のある物・半ズボン・長ズボン)

靴下(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能なもの(短めの物・長めの物)

靴(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能な物(サンダル・履くだけの物・マジックテープ・ひも靴)

<脱ぐ>

上衣(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能な物(かぶり・ボタン・チャック・半袖・長袖)

下衣(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能な物(ゆとりのある物・ピタリ感のある物・半ズボン・長ズボン)

靴下(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能なもの(短めの物・長めの物)

靴(一人ができる・手伝ってもらう・セッティングによって) 可能な物(サンダル・履くだけの物・マジックテープ・ひも靴)

<全体的な様子(スピードや集中力など)>

●コミュニケーション

意思表示:身振り・指さし・その他
意思伝達:話せる・話せない
理解:
対人関係: 人懐っこい・人見知り・場所見知り・男性が苦手・女性が苦手・その他(
行動障害: 多動・奇声をあげる・自傷行為・他害行為・破壊行動・その他(

●その他

好きな遊び:
嫌いな遊び:
苦手な物:

希望する療法に丸をつけてください

理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語療法 ・ 集団

お子さんのことでどんな心配がありますか？

例)両膝をついたハイハイができない、歩くのが1歳半を過ぎていた、両足ジャンプができない
鉛筆、スプーンや箸の操作が下手、1～10まで指を折って順番に数えられない、ノートを取るのに時間がかかる
質問に対してとんちんかんな事をいう、日常生活と違った場面での指示理解ができない、一斉指示が入らない

できるようになってほしい事・上手になってほしい事

例)歩けるようになってほしい、箸が使えるようになってほしい、指示が聞けるようになってほしい

平成 29 年度 第2北総病院リハビリテーション附属

小児リハビリテーション事業所 かざぐるま 利用相談申込書

利用者 の名 の前	お名前 _____ (性別) 男・女 昭・平 年 月 日生 氏名 _____ 年齢 ____ 歳 ____ ヶ月 所属 () 発達センター・() 保育園・() 幼稚園 () 小学校 () 年 通常学級・特別支援学級 () 年 () 特別支援学校 () 年
	〒 _____
保護者、 住 所 の 連 絡 先	お名前 -----
	都道府県 _____ 市郡 _____ 町村 _____
	自宅電話番号 なし・あり () _____
	携帯電話番号 () _____ (最も連絡のつきやすい番号を記載してください)
	保護者氏名 _____ 患者さんとの続柄 _____ 国籍 (「日本」以外の方のみご記入ください。) _____
	手帳：療育手帳 無・有 () 身体障害者手帳 無・有 () 級) 精神保健手帳 無・有 通所受給者証：無・有・申請中 現在、利用されている児童発達支援・放課後等デイサービス ① ② ③

※記載いただいた個人情報は事業所における支援目的以外には利用いたしません。

お名前:	様	住所:
		Tel. fax

かざぐるま(児童発達支援) 2017年 4月 利用希望表

ご利用時間:月曜日～土曜日 9時～15時

		利用時間	備考(個別リハの希望など)	事業所確認欄
例○月○日	月	9:00～15:00	個別リハも希望。	OTのみ可
4月1日	土	: ~ :		
3日	月	: ~ :		
4日	火	: ~ :		
5日	水	: ~ :		
6日	木	: ~ :		
7日	金	: ~ :		
8日	土	: ~ :		
10日	月	: ~ :		
11日	火	: ~ :		
12日	水	: ~ :		
13日	木	: ~ :		
14日	金	: ~ :		
15日	土	: ~ :		
17日	月	: ~ :		
18日	火	: ~ :		
19日	水	: ~ :		
20日	木	: ~ :		
21日	金	: ~ :		
22日	土	: ~ :		
24日	月	: ~ :		
25日	火	: ~ :		
26日	水	: ~ :		
27日	木	: ~ :		
28日	金	: ~ :		

利用希望日にご希望のお時間をご記入ください。
事業所確認欄に「○ご利用できます」、「×ご利用できません」「△ご希望通りではありません」を記入してお返します。

医療法人社団ますお会
第2北総病院附属小児リハビリテーション事業所かざぐるま
〒273-0121 鎌ヶ谷市初富803番地12
Tel 047-402-6665
fax 047-402-6655