

知的障害児
クラス
申込受付票

平成31年度 利用申込受付票
社会福祉法人さざんか会 児童発達支援センター
さざんかキッズ【行田】 とらのこキッズ【二和】
年長用（平成25年4月2日～平成26年4月1日生）
年中用（平成26年4月2日～平成27年4月1日生）
年少用（平成27年4月2日～平成28年4月1日生）

ご記入年月日 平成 年 月 日 記入者

児 童	ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日 (年齢 歳 カ月) ※ 申込日現在の年齢			
	児童氏名							
	住 所	〒 - 船橋市			31年度の学年に○を付けてください 年長 年中 年少			
	TEL	()		FAX	()			
保 護 者	ふりがな		続 柄	ふりがな		続 柄		
	保護者氏名			保護者氏名				
	携帯電話 ※ 任意	()		携帯電話 ※ 任意	()			
児 童 情 報	療育手帳（○で囲む） 有（判定： - ） ・ 無 (判定年月日 H 年 月 日)			身体障害者手帳（○で囲む） 有（判定： 種 級 ） ・ 無 (判定年月日 H 年 月 日)				
	さざんかキッズ・とらのこキッズの見学について（○で囲む） 見学していない ・ 見学済み			さざんかキッズ（ 年 月 頃） とらのこキッズ（ 年 月 頃）				
	現在定期的に利用している所を下欄にご記入ください 親子教室 ・ マザーズ ・ こども発達相談センター ・ 幼稚園 ・ 保育所 ・ 幼児教室 言語療法 ・ 作業療法 ・ 理学療法 ・ 発達外来 ・ 定期通院 ・ 日中一時支援 ・ 児童発達支援事業 等							
現 所 属 また は 相 談 機 関	利用機関名称	利用開始日	利用回数	曜日など	利用機関名称	利用開始日	利用回数	曜日など
併 願	併願で他園の申込をする場合はお知らせください。（○で囲む） ・ 幼稚園 ・ 保育所 ・ 幼児教室							
	園名等をご記入して下さい。							

【同居家族について】

※ ご家族について記入して下さい。（ご本人は記入不要です。）

ご家族氏名	続 柄	年 齢	職業・職種及び所属（学校等も）	健康状況	障害手帳の有無
	父				有 ・ 無
	母				有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無

※ ご両親に継続的に通院の必要な疾患がある場合は健康状況の欄にご記入下さい。

*児童氏名（再度記入をお願いします）

【 ご家族の状況について 】

差支えない範囲でお答えください。

ご両親の実家の状況		お子さんのおじいさま、おばあさまについて教えてください。					
	居住地（〇〇県〇〇市など）	健康状況		介護が必要		育児に協力してくれますか	祖父母との関係は良好ですか
		祖父	祖母	祖父	祖母		
父方		良・（ ）	良・（ ）	要・不要	要・不要	はい・いいえ	はい ・ いいえ
母方		良・（ ）	良・（ ）	要・不要	要・不要	はい・いいえ	はい ・ いいえ
祖父母の他に育児に協力してくれる方がいますか？		い る ⇒ どのような関係の方ですか いない （ ）					

【 お子さんの様子等について 】

現在の身長・体重	身長	c m	体重	k g	H	年	月	現在
歩き始め	歳		ヵ月	まだ				
コミュニケーション	例：ママ等の単語のみ 発語は見られない クレーンで要求を伝える							
知的な遅れや発達について指摘を受けたことがありますか					有 ・ 無			
診断名はありますか？		（ ）						
その診断についてお聞きます。		いつ？（ 年 月） ・ どこで（ ） 誰に？ （ 医師 ・ 心理士 ・ その他（ ）						
初めての人や場所に慣れにくいですか？		はい（どのように ） ・ いいえ						
思い通りにならない時や、些細な事でパニックを起こす事がありますか？		はい ・ いいえ （どのような場面で ・ どのくらいの時間 ）						
特定のものや行動などにひどくこだわる事がありますか？		はい ・ いいえ （どんな物に ・ どのように ）						
食べ物以外のものを食べてしまうことがありますか？		はい ・ いいえ （どんな物を ）						
てんかん・けいれん発作等がありますか？		はい ・ いいえ てんかん発作 ・ 熱性けいれん ・ 脳波に異常あり ・ 現在検査中 （どのような発作ですか ）						
補聴器・眼鏡等は使用していますか？		はい ・ いいえ （種類をお知らせください ） （診断名 ）						
アレルギーはありますか？		はい ・ いいえ はいとお答えの方 アナフィラキシー あり ・ なし アレルギーの種類（以下に○をして下さい） 食物アレルギー・除去食材 なし ・ あり（ ） 気管支ぜんそく・アトピー性皮膚炎・その他（ ）						
その他の病歴等がありますか？		はい（ ） ・ いいえ						
お子さんを思わず叩いてしまうことはありますか？		はい ・ いいえ （どんな時に ）						

【 現在お子さんのことでお困りのことや配慮が必要なことをご記入下さい。 】

※ご記入ありがとうございました。なお、ご記入頂いた内容につきましては
 さざんか会利用申込及び船橋市療育支援に関する目的以外には、使用致しません。