

【提出用】児童通所支援の利用にかかる調査表No1

(1)～(10)の質問について、回答してください。

(1) 記入者

記入者氏名	続柄 ()	記入者連絡先	— —	記入日	令和 年 月 日
-------	--------	--------	-----	-----	----------

(2) 調査対象者

ふりがな		年齢	() 歳
児童氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
現住所	〒 — —	連絡先	— —

(3) 障害者手帳をお持ちの場合、該当する等級にチェック☑してください。

手帳種別	等級					
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級
療育手帳	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2		
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級			

(4) (過去1年間であてはまる場合のみ) 児童入所施設の入所歴や病院の入院歴について記入してください。

・入所歴について
入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ()
・入院歴について
入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ()
入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ()

(5) お子様の支援者について記入してください。

・主に支援している人
(続柄： 就労の有無： 健康状態：)
(続柄： 就労の有無： 健康状態：)
(続柄： 就労の有無： 健康状態：)

(6) 現在の身体状況について記入してください。

・歩行面や体幹等の運動機能面、視力、聴力等の身体面について気になるところ (感覚過敏等も含む)
