

## [肢体不自由部門]

## 就学入学相談のための資料

No.

記入日 R 年 月 日

な 名 前	男 ・ 女	出身校園等 (特支学級の種別・知的・肢体・情緒)		
生年月日	平成 年 月 日生( 才)	障害者医療費受給者票 あり なし		
障害名 (身体障害者手帳に記載されている内容をお書きください)	家族構成 [ 人家族 ]			
障害の原因となった病名・疾患等				
身体障害者手帳	種 級(受給者番号 )			
療育手帳	A B1 B2 なし			
妊娠中の異常	なし あり( )			
妊娠中の病気	なし あり( )			
出産日 ほぼ予定日 予定日より( )日 早 遅				
出産時体重 g				
出産時・出生後の経過				
母乳 混合 ミルク				
首がすわる ( 才) ひとりで座る ( 才) つかまり立ち ( 才) ひとりで歩きだす ( 才)				
定期検査など、かかりつけの病院・主治医 (疾患ごとに記入して下さい)	疾患名	病院名・診療科	主治医名	頻度 ( 年・ヶ月・週) ごとに1回 受診
				( 年・ヶ月・週) ごとに1回 受診
				( 年・ヶ月・週) ごとに1回 受診
日常生活	衣服の着脱	ひとりでできる 部分介助 全介助 その他( )		
	排泄	大小便ひとりでできる 介助が必要(排尿・排便) おむつ使用 導尿		
	食事用具	箸 フォーク スプーン 手つかみ その他( )		
	食事介助	ひとりで食べる 一部介助 全介助		
	食事姿勢	抱っこ 座位保持椅子 その他( )		
	食物形態	経管栄養( ) 流動食 きざみ食(細かく) 普通食を一口大 その他( )		
	移動	ストレッチャー 車椅子介助 車椅子自操 クラッチ 自力歩行		
整形外科	その他			
	側わん	なし あり( )		
	股関節	脱臼 亜脱臼	なし あり( )	
	補装具			
	訓練			
その他				
てんかん	なし あり( )			
ぜんそく	なし あり( )			
アレルギー	なし あり( )			
食物アレルギー	なし あり( )			
医療的ケア 必要(日常的に必要) 不調時に必要 その他 どんなケアが必要ですか				
通学方法のご希望についてお聞きします( )○をつけてください ( )自家用車 ( )通学バス ( ).その他( )				