

[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

なまえ 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 <small>（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）</small>	<div>家族構成</div> <div>[ 人家族]</div> <div><div></div><div></div><div>父</div><div>母</div><div>（才）</div><div>（才）</div><div></div><div>本児</div><div>（才）</div></div>				
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（才）					
妊娠中の病気 なし あり（才）					
出産日 ほぼ予定日 予定日より（才）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 名	病院名・診療科	主 治 医 名	頻 度	
（疾患ごとに記入して下さい）				（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（才）			
	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（才）			
	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（才）			
	食物形態	経管栄養（才） 流動食 きざみ食（細かく） 普通食を一口大 その他（才）			
	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			
	その他				
整形外科	側わん	なし あり（才）			
	股関節	脱臼 亜脱臼 なし あり（才）			
	補装具				
	訓 練				
	その他				
てんかん	なし あり（才）				
ぜんそく	なし あり（才）				
アレルギー	なし あり（才）				
食物アレルギー	なし あり（才）				
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ます（才）○をつけてください（才）自家用車（才）.通学バス（才）.その他（才）					