

# 入所児童状況書

年 月 日

※ 入所児童の状況について、該当する事項に✓し、できるだけ詳しく記入してください。

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 児童名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 生年月日  | 年 月 日生( 歳 か月)                                                                                                                                   |
| 出生時 | 妊娠週数： 週 ・ 身長： c m ・ 体重： g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                                 |
| 食事  | <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう<br><input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる<br><input type="checkbox"/> はしまたはスプーンで食べることができる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 運動    | <input type="checkbox"/> 寝返りができる<br><input type="checkbox"/> 這うことができる<br><input type="checkbox"/> 歩くことができる<br><input type="checkbox"/> 走ることができる |
| 排泄  | <input type="checkbox"/> おむつを使用<br><input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる<br><input type="checkbox"/> 大人の助けがあればできる<br><input type="checkbox"/> 大小便とも自分でできる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> 大人にしてもらう<br><input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる<br><input type="checkbox"/> 自分でできる                                   |
| 言葉  | <input type="checkbox"/> まだ言葉は理解できない<br><input type="checkbox"/> 話せないが、大人の簡単な言葉がわかる<br><input type="checkbox"/> どうにか話すことができる。( <input type="checkbox"/> 単語で <input type="checkbox"/> 二語文で <input type="checkbox"/> 三語文で )<br><input type="checkbox"/> 普通に話ができる                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                 |
| その他 | ◎今までに、大きな病気・けがをしたことがありますか？<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 歳 か月頃)<br>※有と回答したかた※<br>病名等： ( )<br>症状等： ( )<br>現在の状況： ( <input type="checkbox"/> 完治・ <input type="checkbox"/> 経過観察中・ <input type="checkbox"/> 治療中 )<br>定期的な通院はありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 回 ・ 週 回 )<br>お薬は飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名： ( )<br>頻度： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |                                                                                                                                                 |
|     | ◎現時点で判明しているアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※有と回答したかた※<br>品目： ( )<br>症状： ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                                 |
|     | ◎検診等で、心身の発達や言葉に遅れがあると言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※有と回答したかた※<br>機関： ( ) 時期： ( 歳 か月頃)<br>訓練施設に通っていますか？ <input type="checkbox"/> 通っていない <input type="checkbox"/> 通っている<br>施設： ( ) 時期： ( 歳 か月頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                                 |
|     | ◎身体障害者手帳や療育手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <b>※有の場合はコピーを添付してください</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                 |
|     | 手帳の種類： ( ) 手帳の等級： ( 級)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                                 |
|     | ◎その他気になる点、集団生活において特に配慮が必要な点などがあれば記入してください。<br><div>( )</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                                 |