

児童の基本情報(セルフプラン用)

記載日: 年 月 日

記入者:

続柄()

記載例

児童氏名	伊丹 太郎		年少・年中・年長・〇年		年 月 日 (歳)
通学・通園施設	伊丹小学校	学年	3年	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級 <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> にじいろ保育	
手帳所持の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1 級) <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳(B1)		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)	
自立支援医療の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	医療的ケアの有無	<input checked="" type="radio"/> 有(導尿) ・ <input type="radio"/> 無		
特別児童扶養手当の受給状況	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	診断名	注意欠陥多動性障害		
保健センターの健診での意見 ※就学前児童のみ該当があれば記載	1歳6か月健診で〇〇との指摘があった		児童クラブ	利用している場合 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/>	

家族状況(同居家族の状況) ※本人からみた続柄を記入してください。

続柄	年齢	就労の有無	介護状況	職業・所属先など	備考
父	40	○		会社員	単身赴任
母	40	○		パート(週5日、10時~15時)	
兄	17			〇〇特別支援学校	放課後等デイサービスを利用
姉	15			〇〇特別支援学校	放課後等デイサービスを利用
妹	10			〇〇小学校	児童クラブを利用
祖父	70	○		自営業	
祖母	70		○		要介護2

本人・家族からの主訴(意向・希望)	生活歴・医療の状況
日常生活動作の獲得やコミュニケーション面について療育を希望 引き続きサービスを利用したい	〇〇子どもクリニック 〇〇総合医療センター